

Im 11. 26 89. 7

Université de Montréal

Desnutrición infantil en un distrito popular de Lima, Perú. Por una  
intervención educativa sensible a modelos locales

par

María Elena Planas

Département d'anthropologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.)  
en anthropologie

Décembre, 1998

© María Elena Planas, 1998



GN  
4  
U54  
1999  
V.019

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Desnutrición infantil en un distrito popular de Lima, Perú. Por una  
intervención educativa sensible a modelos locales

présenté par

María Elena Planas

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Directeur du mémoire: Gilles Bibeau  
Membre de jury: Robert Crépeau  
Membre de jury: Louise Paradis  
Examineur externe: Duncan Pedersen

Mémoire accepté le:.....08-03-99.....

## SUMARIO

En el marco del planeamiento de una intervención educativa nutricional, el presente estudio tuvo por finalidad explorar las posibles convergencias y divergencias entre los campos de percepción, expectativas y prácticas populares y profesionales relacionadas a los problemas de la desnutrición infantil en Tahuantinsuyo, una Urbanización Popular de Lima Metropolitana, Perú. El estudio privilegió un acercamiento cualitativo y decriptivo que se concretó en un cuerpo de 50 entrevistas que se analizaron con la ayuda de un programa de análisis de textos cualitativos (Atlas-ti).

Proponiendo investigar sobre los elementos semiológicos e interpretativos locales, el estudio argumenta en favor de un *recadrage anthropologique* que permita legitimar la investigación antropológica y los modelos populares en la definición de los problemas de salud. Tal orientación exige dejar de lado las definiciones profesionales y descubrir el conjunto de signos y significados a partir de los cuales las comunidades definen el problema y la problemática de la nutrición infantil.

En el presente estudio se diferencian las definiciones profesionales respecto del problema y la problemática nutricional infantil. Mientras el problema nutricional se refiere a la definición biológica de la desnutrición respecto a sus efectos, relacionada a las medidas antropométricas como evaluación privilegiada por el modelo profesional; la problemática nutricional se refiere al modelo profesional de determinantes que pretende explicar la desnutrición a partir de factores biológicos y ambientales derivados de un razonamiento biomédico o epidemiológico.

Es a partir del cuestionamiento sobre las divergencias entre los modelos profesional y popular respecto tanto al problema como a la problemática nutricional que se decidió llevar adelante la presente investigación, cuyos objetivos fueron entonces :

1. explorar el campo semántico émico de lo que el modelo profesional define como



la problemática de la desnutrición infantil, y 2. explorar los elementos semiológicos (signos y síntomas), e interpretativos (significaciones socioculturales y matrices ideológicas) émicos relacionados a lo la semiología profesional se define como el problema de la desnutrición infantil.

La investigación concluye que las entrevistadas en Tahuantinsuyo definen el problema nutricional infantil a partir de una semiología bio-psico-social que no privilegia los signos antropométricos. Estos resultados son consistente con el hecho que las entrevistadas explican la problemática de la desnutrición a partir de un tejido de causas justamente bio-psico-sociales. Efectivamente, las entrevistadas evidencian esquemas etiológicos que proponen como noción explicativa clave de la desnutrición infantil el descuido bio-psico-social del niño. Los problemas de alimentación o de salud infantil se entienden en Tahuantinsuyo a partir de premisas culturales que posicionan a la madre como responsable inmediata del bienestar del niño no sólo en términos de que lo pueda o quiera cuidar físicamente (lo bañe, lo peine, lo alimente) sino de que se haga cargo de la orientación y educación del niño: que transmita características psicológicas y de sociabilidad valoradas localmente y percibidas como adaptativas. Esto, junto con las tensiones que existen en el marco de recursos económicos inadecuados, que no permiten que las madres cumplan su 'rol', define la problemática de la desnutrición infantil en Tahuantinsuyo.

Reflexionando sobre el empiricismo actual en salud pública, que privilegia las medidas científicas, universales, observables y estandarizadas como única vía hacia la definición legítima de los problemas y las problemáticas de salud, se discute sobre el status de los resultados anteriores, y se exploran las implicancias de lo que significaría tomarlos en serio. Finalmente, se argumenta que, una intervención educativa nutricional sensible a las características socioculturales de Tahuantinsuyo, debería centrar sus objetivos en los problemas de cuidado bio-psico-social infantil e integrar en su estrategia un componente importante de incremento de ingresos.

## RÉSUMÉ

Dans le cadre de la planification d'une intervention éducative nutritionnelle à Lima, la présente recherche se veut d'explorer les convergences et les divergences dans les domaines de la perception, dans les attentes et les pratiques, populaires et professionnelles, reliées à la malnutrition infantile.

L'étude s'est réalisée dans une des communautés périurbaines d'Independencia : Tahuantinsuyo, dans la mesure où l'intervention espère bénéficier aux communautés périurbaines. Le district d'Independencia est un des districts les plus pauvres de Lima Métropolitaine. Il a commencé à se peupler vers les années 60', à partir d'une migration successive de la population andine, suivant la dynamique caractéristique de migration et de peuplement, qui a donné origine aux *Pueblos Jóvenes* de Lima. Ce district, situé au nord-est de la capitale Péruvienne, forme conjointement avec quatre autres districts, ce que l'on désigne le Cône Nord périurbain de la ville.

Le cadre théorico-méthodologique utilisé se base sur les développements des courants interprétatifs et ethno-épidémiologiques, plus particulièrement sur les travaux de Corin et al. (1990, 1993), Gilles Bibeau (1993, 1994), Byron Good (1977, 1994), Good et Del Vecchio (1993), et Arthur Kleinman (1980, 1995). La recherche consiste dans la réalisation d'entrevues semi-structurées auprès de 50 femmes de Tahuantinsuyo. Les entrevues ont été menées en collaboration avec quatre autres anthropologues en septembre et octobre 1997. Les entrevues ont été possible grâce au plusieurs contacts dans divers quartiers de Tahuantinsuyo : des Cuisines Populaires, des garderies (Wawawasis) ou des familles. Ces points de repère ont facilité le travail d'entrevue qui s'est déroulé à travers des références personnelles dans le voisinage. Les critères de sélection des sujets sont : être adulte de sexe féminin, avoir au moins un enfant de moins de trois ans à sa charge, ne pas travailler dans le domaine de la santé (comme professionnel ou comme agent communautaire), et d'être domiciliée dans le district depuis au moins dix ans.

L'échantillon n'a pas été calculé à priori, mais fut basé à partir de l'évaluation du point de saturation.

A travers des éléments sémiologiques et interprétatifs locaux, l'étude offre un 'recadrage anthropologique' permettant de légitimer les modèles populaires dans la définition des problèmes de santé. Une telle orientation exige de délaisser les définitions professionnelles et d'explorer l'ensemble des signes et des significations, à partir desquels les communautés perçoivent le problème et la problématique de la nutrition infantile.

L'analyse vise à différencier le problème nutritionnel de la problématique nutritionnelle. Le problème nutritionnel se réfère à la définition biologique de la malnutrition, en ce qui a trait à ses effets évalués par des mesures anthropométriques. La problématique nutritionnelle fait référence au modèle de déterminants expliquant la malnutrition à partir de facteurs biologiques et environnementaux dérivés d'un raisonnement biomédical ou épidémiologique. C'est à partir de cette différenciation qu'on a décidé de mener ce travail. Les objectifs sont:

- 1.- D'explorer les éléments sémiologiques (signes et symptômes) et interprétatifs (significations socio-culturelles et bases idéologiques) émiques associées à ce que la sémiologie professionnelle définit comme problème de la malnutrition infantile.
2. - D'explorer le champs sémantique émique associées à ce que le modèle professionnel définit comme la problématique de la malnutrition infantile.

Le premier objectif renvoie à la sémiologie populaire. Il s'interroge sur l'importance émique des signes anthropométriques définissant les enfants souffrant de malnutrition. A la suite d'une révision bibliographique exhaustive, on a mis en évidence un champs de divergence potentielle entre les modèles populaires et professionnels. Ce dernier est relié à la pédagogie éducative et au cadre logique des interventions nutritionnelles dépendant des suivis cliniques, des programmes,

ou des populations, d'après des indicateurs anthropométriques (le poids et la taille) qui ne font pas nécessairement sens pour la population 'bénéficiaire'. Généralement les interventions de l'éducation nutritionnelle sont accompagnées d'interventions de suivi de croissance. D'emblé on s'attend à ce que la mère évalue le bien-être de l'enfant en fonction de ces indicateurs et réponde par conséquent de manière appropriée. Dès lors on prend pour acquis que la mère trouve comme significatif les signes physiques en question, qu'elle reconnaît le problème nutritionnel et qu'elle agit adéquatement pour que son enfant atteigne la taille et le poids requis pour son âge. En ce sens, on prétend explorer la sémiologie populaire associée à la malnutrition en se demandant si les signes anthropométriques sont significatifs pour la population.

Le second objectif, focalise sur la thématique émique associée à la malnutrition en tant que problématique, c'est à dire, sur les modèles de causalités populaires qui définissent la malnutrition infantile. On l'a vu, les divergences entre les modèles populaires et professionnels peuvent être reliés à l'intervention des schèmes culturels dans la perception de certains signes pour définir le problème de la malnutrition. Il se peut que la perception de la problématique en soi constitue une brèche plus fondamentale entre les modèles populaires et professionnels. S'il est certain que la culture est le milieu dans lequel sont privilégiés certains signes d'un problème, de manière plus fondamentale, la culture médiatise le processus même de la désignation de la problématique. Ce processus permet de distinguer les phénomènes perçus dans le monde naturel et de les ordonner à partir des systèmes de classification, ce que Whorf décrit comme "*cut nature up, organize it into concepts, and ascribe significances*" (Whorf 1956 : 213). En ce sens, on explore la thématique explicative de la malnutrition définie de façon émique par la population, et on en discute par rapport à celle du modèle professionnel.

En somme, on tente de réfléchir sur l'efficacité limitée des programmes nutritionnels, en l'expliquant non seulement par le fait que les modèles populaires et professionnels perçoivent la nutrition infantile à partir de signes ou des thématiques explicatives différentes, mais aussi et plus fondamentalement, par

l'empirisme des modèles professionnels. Ces derniers s'appuient généralement sur une théorie du langage qui impose une conception de la maladie, et réduit la sémantique médicale à la fonction 'dénotative' du langage, ignorant que les symptômes ont un sens en relation à un système culturel et que les relations symboliques et contextuelles sont celles qui définissent la connaissance et la réalité. Autrement dit, ce qui définit l'empirisme dans le domaine de la santé publique, c'est de légitimer comme seules définitions de la réalité les mesures scientifiques, universelles, observables, standardisées et quantifiables. En effet, si on se réserve un espace pour les savoirs populaires, alors ils sont perçus comme des variables indépendantes : une espèce de bruit, ou dans le meilleur des cas, une sorte d'enveloppe qui est incapable de modifier l'agenda de recherche et d'intervention. Ceci évidemment ne permet pas de prendre au sérieux les modèles populaires.

L'anthropologie a soutenu une critique aux modèles positivistes et empiricistes en proposant des outils conceptuels et méthodologiques pour penser aux modèles professionnels comme des systèmes culturels, et revendiquer le savoir populaire. Cependant, le statut des modèles populaires a souvent été dépendant d'un agenda empiriciste. Même si les questionnements, en ce qui a trait aux convergences et divergences entre les modèles professionnels et populaires proposent une tension qui prétend positionner de façon dialogique les deux modèles, il n'en reste pas moins que cette tension se solutionne en faveur des modèles professionnels. Effectivement, en cas de divergence, l'initial "savoir" populaire change de statut et se transforme et devient "croyance".

On en arrive finalement à discuter comment les anthropologues se retrouvent dans une impasse éthique, lorsqu'ils essaient de revendiquer les modèles populaires, en utilisant leur expertise pour mieux manipuler les communautés : en véhiculant des messages de modèles professionnels qu'eux-mêmes sont incapables de questionner.

L'étude propose une compréhension de la culture et de la signification centrée "sur le rôle du langage dans la *constitution* de l'expérience et la réalité plutôt que sur la

primauté de la *représentation* et de la *désignation* de la réalité par le langage” (Good 1993: 23). On part de l’idée fondamentale que les problèmes de santé ne sont jamais réductibles aux réalités objectives. La manière de percevoir et d’interpréter les problèmes de santé est médiatisée par l’ensemble des normes et des valeurs qui définissent les expériences individuelles et collectives d’un milieu donné, ainsi que par la dynamique des relations sociales spécifiques à ce milieu. C’est à cela qu’on se réfère, lorsque on parle de la réalité comme des constructions culturelles et sociales. Aujourd’hui, il est axiomatique en anthropologie de penser que le fait que les états, les produits et les processus corporels, les signes et les symptômes de l’expérience de la maladie, l’étiologie et les techniques diagnostiques, la réponse à la maladie et les pratiques thérapeutiques sont construits en fonction du contexte socio-culturel.

A son terme, la recherche en arrive à conclure que les interviewées à Tahuantinsuyo, définissent les conséquences de la malnutrition à partir d’une sémiologie bio-psycho-sociale qui ne privilégie pas les signes anthropométriques. Ces résultats sont consistants avec le fait qu’elles expliquent la malnutrition à partir d’un tissu de causes bio-psycho-sociales. Les interviewées ont mis de l’avant des schèmes étiologiques qui proposent comme notion explicative-clé de la malnutrition infantile, le manque des soins bio-psycho-sociaux prodigués à l’enfant.

La notion de négligence maternelle, comme notion explicative centrale du champs sémantique émique de la malnutrition suggère qu’il n’y a pas de discontinuité entre les besoins infantiles de soins physiques (alimentation, hygiène, etc.) et les besoins de soins psycho-sociaux (de la tendresse, de l’orientation, de l’éducatives, etc.). Ainsi, les problèmes d’alimentation et de santé infantile se comprennent à partir de prémisses socio-culturelles qui positionnent la mère comme la responsable immédiate du bien-être de l’enfant, en prenant soin des aspects physiques et en transmettant des caractéristiques psychologiques et de sociabilité valorisées localement et perçues comme adaptatives. Ceci, lié aux tensions provoquées par des ressources économiques inadéquates ne permettant pas que les mères

accomplissent leur rôles, définit la problématique émiqne de la malnutrition infantile.

Concrètement, on conclut qu'une intervention éducative nutritionnelle sensible aux caractéristiques socioculturelles de Tahuantinsuyo devrait, 1. centrer ses objectifs sur les problèmes de soins bio-psycho-sociaux de l'enfant, et 2. intégrer une stratégie visant à améliorer les problèmes économiques.





## INDICE

SUMARIO.....	i
RÉSUMÉ.....	iii
INDICE.....	x
LISTA DE CUADROS .....	xii
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
DEDICATORIA.....	xiv
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
1. Los orígenes de la investigación .....	1
2. El espacio de la educación nutricional.....	3
3. Relevancia de la investigación social para los programas de educación nutricional.....	4
4. El tema de estudio: entre la definición del problema y la problemática nutricional infantil.....	7
5. Plan de presentación del documento.....	9
<b>CAPITULO I. DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....</b>	<b>11</b>
1. Problemática.....	11
1.1 Evolución de la categoría de desnutrición.....	11
1.2 Las medidas antropométricas como definición del problema nutricional.....	13
1.2.1 La relación entre crecimiento y desnutrición.....	15
1.2.2 La evaluación del estado nutricional.....	18
1.2.3 Los desencuentros de semiologías popular y profesional.....	21
1.3 Los determinantes como definición de problemática de la desnutrición.....	22
1.4 La Antropología Nutricional.....	26
2. Objetivos.....	29
3. Descripción del contexto.....	30
<b>CAPITULO 2. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>36</b>
1. La desnutrición como construido cultural.....	36
2. La crítica de la antropología al paradigma empiricista en salud.....	38
3. El manejo de los factores culturales y el papel de la antropología en salud pública.....	41
4. Por una colaboración entre medidas cuantitativas y cualitativas a partir de un <i>recadrage anthropologique</i> .....	44
5. Sistema de signos, significados y acciones.....	49

<b>CAPITULO 3. DISEÑO Y METODOLOGIA.....</b>	<b>52</b>
1. Definición de la categoría evocadora.....	55
2. Diseño y estrategia metodológica.....	57
2.1 Primera etapa: entrevistas extensivas.....	59
2.2 Segunda etapa: reconstrucción de casos de desnutridos.....	60
 <b>CAPITULO 4. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....</b>	 <b>61</b>
1. El campo semántico popular del desarrollo infantil.....	63
1.1 La red semántica de <b>**FALTA DE ALIMENTACION</b> .....	68
1.1.1 Cadena asociativa de *desnutrido.....	68
1.1.2 Cadena asociativa de *abandonado.....	73
1.1.3 Cadena asociativa de *mongolito.....	73
1.2 La red semántica de <b>***DESCUIDO</b> .....	74
1.2.1 La relación entre las cadenas asociativas *desnutrido y *abandonado en la red semántica <b>***DESCUIDO</b> .....	78
1.2.2 La relación entre la cadena asociativa *mongolito y la red semántica <b>***DESCUIDO</b> .....	86
2. El campo semántico popular de la desnutrición infantil.....	90
3. La semiología popular de la desnutrición infantil.....	95
3.1 Signos.....	96
3.2 Significados.....	100
3.2.1 Las nociones clave de debilidad, defensas y asimilar como organizadoras de la semiología popular de desnutrido.....	108
 <b>CONCLUSIONES.....</b>	 <b>116</b>
 <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	 <b>124</b>
 <b>ANEXO I.....</b>	 <b>xv</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>xx</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>xxiii</b>
<b>ANEXO IV.....</b>	<b>xxxiii</b>
<b>ANEXO V.....</b>	<b>xxxvii</b>
 <b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	 <b>xxxix</b>

## LISTA DE CUADROS

1.	Cuadro I	LISTA DE CODIGOS DE **SITUACIONES .....	63
2.	Cuadro II	LISTA DE CODIGOS DE *términos .....	65
3.	Cuadro III	*términos ASOCIADOS A **ALIMENTACION .....	66
4.	Cuadro IV	SITUACIONES ASOCIADAS A *término *abandonado.....	67
5.	Cuadro V	CONECTIVIDAD DE LAS REDES SEMántICAS .....	68
6.	Cuadro VI	Descripción de Super Códigos.....	78
7.	Cuadro VII	Listado de ~signos y frecuencias.....	97
8.	Cuadro VIII	Listado de ~signos con frecuencias mayores a 5 .....	98
9.	Cuadro IX	Listado de Super Códigos C.....	99
10.	Cuadro X	Listado de Super Códigos PC.....	99
11.	Cuadro XI	Listado de ~signos con frecuencias mayores a 5.....	100
12.	Cuadro XII	Listado de ~signos según frecuencia y conectividad.....	101
13.	Cuadro XIII	Listado de tipos de ~signos según relevancia.....	102

## LISTA DE FIGURAS

1.	FOTO N°1	VISTA PANORAMICA DE TAHUANTINSUYO.....	31
2.	FOTO N°2	VISTA PANORAMICA DE TAHUANTINSUYO.....	31
3.	FOTO N°3	SRA. MERY CON SU HIJA MILAGROS.....	34
4.	FOTO N°4	CASA DE LA SRA. MAERY EN TAHUANTINSUYO .....	34
5.	ESQUEMA N°1	MODELO DE DETERMINANTES DE LA DESNUTRICIÓN .....	24
6.	ESQUEMA N°2	CADENA ASOCIATIVA DE *desnutrido.....	70
7.	ESQUEMA N°3	CADENA ASOCIATIVA DE *abandonado.....	71
8.	ESQUEMA N°4	CADENA ASOCIATIVA DE *mongolito.....	72
9.	ESQUEMA N°5	RED SEMANTICA ***DESCUIDO.....	76
10.	ESQUEMA N°6	CADENA ASOCIATIVA DE *mongolito.....	88
11.	ESQUEMA N°7	CAMPO SEMANTICO DE DESARROLLO INFANTIL .....	89
12.	ESQUEMA N°8	CADENA ASOCIATIVA DE SIGNOS TIPO I .....	104
13.	ESQUEMA N°9	CADENA ASOCIATIVA DE SIGNOS TIPO I, II, III, IV y V.....	106
14.	ANEXO II	ESQUEMA N°10 EJEMPLO DE RED SEMANTICA.....	xxii
15.	ANEXO IV	REDES SEMANTICAS:	
	•	ESQUEMA N°11 **CUANDO NO ESTUVO BIEN FORMADO.....	xxxiv
	•	ESQUEMA N°12 **CUANDO ES HIJO UNICO.....	xxxiv
	•	ESQUEMA N°13 **LA LIMPIEZA.....	xxxiv
	•	ESQUEMA N°14 **MONGOLISMO.....	xxxv
	•	ESQUEMA N°15 **PROBLEMAS FAMILIARES.....	xxxv
	•	ESQUEMA N°16 **SITUACION ECONOMICA.....	xxxv
	•	ESQUEMA N°17 **FALTA DE ALIMENTACION.....	xxxvi
16.	ANEXO V	ESQUEMA N°18 EXTENDED MODEL OF CARE.....	xxxvii

A Mike y a Nena por haber estado siempre ahí.

## INTRODUCCION

### 1. Los orígenes de la investigación

Desde el mes de agosto de 1997, la Dirección de Investigaciones de A.B.PRISMA organizó un equipo de trabajo con el fin de evaluar el componente educativo del Programa de Alimentación y Nutrición para Familias en Alto Riesgo (PANFAR) y proponer una intervención educativa nutricional.

El PANFAR es un programa implementado a nivel nacional<sup>1</sup> por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), a través del Instituto Nacional de Salud y el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, en convenio con la Asociación Benéfica PRISMA, gracias a la cooperación de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (USAID). Mediante una estrategia de focalización individual, el programa selecciona a familias con niños menores de 3 años en riesgo de desnutrición. Estas familias definidas como 'beneficiarias' reciben durante su estadía de 6 meses en el programa, los tres componentes de intervención, a decir, atención integral, educación en salud y nutrición, y una canasta de alimentos mensual de 12.5 kg.

Debido a la cada vez más limitada disponibilidad de alimentos, el PANFAR a partir de criterios de focalización poblacional, ha venido reduciendo sistemáticamente su cobertura, concentrando su intervención en zonas fundamentalmente rurales con mas de 30% de desnutrición crónica. Frente a este hecho, y preocupados por la sostenibilidad de intervenciones nutricionales de asistencia alimentaria, A.B.PRISMA consideró necesario proponer un "Nuevo Panfar" que tenga como eje de intervención principal, actividades en educación nutricional para las zonas en las que el PANFAR dejaba de intervenir. Es así que desde fines de 1997 se me encargó coordinar la planificación de esta nueva intervención educativa nutricional

---

<sup>1</sup> El PANFAR desde 1989 ha atendido aproximadamente 1'400,000 familias en todo el país, a través de la implementación anual del programa en 2,500 establecimientos de salud.

que habría de proponerse al MINSA como un programa destinado a zonas urbanas y periurbanas de la costa con menos de 30% de desnutrición crónica.

Definida la educación nutricional como el conjunto de actividades de comunicación, dirigidas hacia la modificación voluntaria de las prácticas, que influyen el estado nutricional, con el fin de mejorarlo (Andrien y Beghin, 1993b:63), se entiende que el objetivo de las intervenciones en educación nutricional es la modificación del comportamiento. En este sentido, tres preguntas básicas han orientado el esquema de planeamiento de la intervención del Nuevo Panfar: 1. ¿Cuáles comportamientos son los que el Nuevo Panfar plantea modificar? 2. ¿En qué consistirá la estrategia comunicativa del Nuevo Panfar para modificar estos comportamientos? , 3. ¿Cuál será el segmento de la población a la cual se dirigirán estas estrategias comunicativas?

Desde el principio consideré que una intervención educativa que pretende cierta garantía de eficacia, debía no sólo plantearse las preguntas anteriores, sino que debía buscar responderlas siguiendo una estrategia de planeamiento que garantice la coherencia y pertinencia sociocultural de la intervención. Es en este sentido que formulé una propuesta de planeamiento a partir de un componente de investigación social importante.

Como parte de este componente de investigación formativa, se diseñó la presente investigación que buscó explorar las posibles convergencias y divergencias entre los campos de percepción, expectativas y prácticas populares y profesionales relacionadas a los problemas de la desnutrición infantil<sup>2</sup>, de manera de garantizar la pertinencia sociocultural de la nueva intervención. En la medida en que la nueva

---

<sup>2</sup> Los problemas de desnutrición cubren un espectro amplio de problemas definidos como patologías diferentes, los más serios hoy en día son la malnutrición proteino-energética, la anemia nutricional y la deficiencia de determinados micronutrientes (vitamina A, Yodo, Zinc). La desnutrición que se discute en la presente investigación es aquella proteino-energética relacionada a la carencia de calorías. Se usará a lo largo del documento el término 'desnutrición' y no 'malnutrición' justamente porque no se hace referencia a los problemas de exceso nutricional. Finalmente, se sobreentiende que la desnutrición que se discute en la investigación es siempre aquella infantil.

intervención planeaba beneficiar a las comunidades periurbanas, el estudio se realizó en Tahuantinsuyo, una de las cinco urbanizaciones de Independencia, uno de los distritos más pobres de Lima Metropolitana ubicado al noroeste de la capital peruana.

## **2. El espacio de la educación nutricional**

Desde 1974, se busca poner fin a la World Food Conference en 1974 marca el inicio de lo que Berg y Austin (1987) denominan el “nuevo modelo de la malnutrición”. Entre las premisas de este “nuevo modelo” se establecieron dos fundamentales que habrían redefinido la malnutrición: 1. como un problema de acceso más que de disponibilidad, cambiando el foco de atención hacia la pobreza, la distribución de ingresos y el empleo; y 2. como un problema que, aún siendo parte del síndrome mayor de pobreza, podía mejorarse bajo ciertas circunstancias sin un mayor incremento de ingresos (Berg y Austin 1987:446-7).

Efectivamente, hoy existe un consenso general en cuanto a definir los problemas de malnutrición en países en desarrollo como parte de un síndrome mayor de pobreza. Pero entonces, ¿cuáles son estas “ciertas circunstancias” que garantizan un espacio para la educación nutricional? ¿Cómo evitar “culpar a la víctima” del síndrome de pobreza del que sufren, proponiéndole cambios de comportamiento para cuya adopción no disponen de recursos? Si es, como afirman Andrien y Beghin (1993b:20), ilusorio e incluso inmoral pretender educar a poblaciones que no tienen que comer, es importante entonces preguntarse si la educación nutricional, no importa lo bien implementada que pueda estar, puede plantearse como una intervención independiente, vertical o aislada de otras intervenciones que busquen reducir o eliminar la pobreza.

Hay un consenso entre los autores a pensar en la posibilidad de intervenciones comportamentales no relacionadas al incremento de ingresos, cuando estas intervenciones se refieren a la distribución intrafamiliar de alimentos o a la inequidad en el estatus nutricional de los miembros de la familia, a decir,



intervenciones que hacen énfasis en lactancia materna, ablactancia, tratamientos durante la diarrea y dietas especiales para mujeres gestantes y lactantes (Hornik 1987:429). Es importante señalar sin embargo, que este consenso es asumido sin el fundamento de investigaciones básicas definitivas y concluyentes respecto a los determinantes asociados; más bien, el consenso se sostiene a partir de la experiencia y evaluación de intervenciones educativas (Hornik 1987:429). Efectivamente, algunas experiencias han demostrado que la educación nutricional, independientemente de otros tipos de intervención, puede promover cambios a nivel de las prácticas alimentarias y contribuir así al mejoramiento del estado nutricional (Marek 1993, Hornik 1987, Andrien y Beghin 1993b).

Si existe hoy poco debate respecto al potencial de la educación nutricional, sin embargo, la opinión general parece ser que la mayoría de las intervenciones de educación nutricional han sido relativamente ineficaces (Marek 1993, Hornik 1985, 1987). En este escenario, mientras los nutricionistas se muestran escépticos frente a la posibilidad de cambios comportamentales a la base de problemas nutricionales, los educadores no logran aplicar sus modelos y métodos en el campo de la educación nutricional (Andrien y Beghin 1993b:11).

Dada la preocupación sobre las condiciones necesarias para garantizar intervenciones nutricionales educativas eficaces, en los últimos años se ha dado un vuelco reflexivo sobre las premisas que hasta fines de los 80 orientaban la educación nutricional 'convencional'. Entre los cuestionamientos conceptuales, metodológicos y estratégicos que se discuten, hoy se propone como requisito fundamental la investigación social.

### **3. Relevancia de la investigación social para los programas de educación nutricional**

Se sabe hoy que la adopción de un nuevo comportamiento depende de múltiples factores internos y externos a la persona, y que es insostenible el privilegiar el conocimiento racional como medio de aprendizaje. En este sentido, algunos autores

proponen que la educación nutricional debería seguir objetivos en el plano afectivo, objetivos definidos en términos de motivación, autoestima y valores (Leclercq 1987 citado por Andrien y Beghin 1993b:13).

Las experiencias locales de educación nutricional, sin embargo, no parecen recoger estas preocupaciones y se encuentran aún enmarcadas en lo que hoy en día es un modelo cuestionado: el modelo CAP (Conocimientos→Actitudes→Prácticas), que asume que el cambio en los conocimientos generará cambios en las actitudes, y que a su vez, estos cambios generarán cambios en los comportamientos, que son finalmente el propósito de toda intervención educativa.

La mayoría de las experiencias realizadas [en el Perú] cuando intentan medir el impacto de la intervención actúan como si el conocimiento adquirido fuera un indicador de un cambio en el comportamiento y no reconocen ni proponen un espacio de transición (persuasión, decisión, prueba, implementación) entre el conocer y el actuar. (Zevallos 1998:2)

La literatura demuestra que incrementar los conocimientos raramente es suficiente para generar cambios de comportamiento (Andrien y Beghin 1993a, 1993b, Massé 1995, Good 1991, Martín y Anctil 1990). De hecho, hoy en día los modelos psicosociales de cambio de comportamiento toman en cuenta tanto los componentes emocionales como sociales de la persona. En este sentido, si bien los diferentes modelos ofrecen hoy pistas interesantes respecto a los pasos a seguir para modificar los comportamientos, sin embargo, aún se muestran ineficaces en razón de una concepción estrecha de la cultura y de la acción humana, que no termina de reconocer el espacio para la significación y las prácticas sociales (Good 1991:37-47).

De otro lado, estos modelos muchas veces no integran la realidad de pobreza en la que viven los sectores de los que se espera un cambio comportamental y terminan "responsabilizando a la víctima" (Massé 1995:139). Se llama victimización a las actividades de salud basadas en la convicción que el individuo es el principal responsable de los problemas de salud, olvidando las influencias del ambiente social, económico y físico, y la influencia que ejercen estos factores en los estilos y modos de vida (Nutbeam 1989). En este sentido, hoy es un imperativo conceptual y

metodológico, recurrir a la investigación social para establecer los determinantes sociales, económicos y culturales de los comportamientos (Anderson 1984).

Efectivamente, es indiscutible la importancia de planear estrategias de comunicación sensibles a la realidad local, es decir, estrategias que partan de un correcto diagnóstico de los determinantes de la desnutrición en una zona o región (Marek 1993, Andrien y Beghin 1993a, 1993b, Green et al. 1980, Mannof 1987). La investigación formativa como parte del planeamiento y como requisito para lograr intervenciones eficaces, ha sido empleada exitosamente para diseñar enfoques educativos en una gran variedad de programas de nutrición y planificación familiar en muchos países (Hurtado et al. 1994).

La investigación formativa tal como se define corrientemente, permite apoyar el planeamiento de una intervención comunicacional a partir del análisis local de la problemática nutricional, respondiendo a las siguientes cuestiones: ¿qué comportamientos afectan el estado nutricional de la población objetivo? ¿cuáles son los determinantes de estos comportamientos? ¿cuáles son las resistencias que se oponen a su modificación?, ¿cuáles son las audiencias?, ¿cuáles son los canales de comunicación los más eficaces para llegar a cada audiencia?, ¿cómo dar forma a los mensajes para cada canal de comunicación?, ¿cómo conciliar la promoción de nuevos comportamientos con la cultura local? (Hurtado et al. 1994). En fin, generalmente, responder a estas preguntas es lo que se considera indispensable para identificar intervenciones educativas nutricionales pertinentes y eficaces.

Para responder a estas preguntas en el marco del planeamiento del Nuevo Panfar, se formuló una investigación formativa cuali-cuantitativa con varios componentes. El presente estudio tuvo como marco general esta investigación formativa, realizada por la Dirección de Investigaciones de A.B. PRISMA. Sin embargo, dadas las características particulares del presente estudio, que paso a continuación a detallar, su realización significó una ampliación y redefinición de lo que se considera convencionalmente una investigación formativa.

#### **4. El tema en estudio: entre la definición del problema y la problemática nutricional infantil**

A partir de la experiencia del PANFAR, y de la revisión bibliográfica respecto a otros programas nutricionales, se evidenció como un problema central el que una parte fundamental de la pedagogía educativa y el marco lógico de programas nutricionales como el PANFAR, se refería al monitoreo clínico, programático o poblacional de estas intervenciones a partir de indicadores antropométricos que no son muchas veces significativos para la población beneficiaria.

Efectivamente, las intervenciones nutricionales esperan que la “beneficiaria” evalúe el estado nutricional y el bienestar del niño en función de signos antropométricos, generalmente peso y talla. De alguna manera, las intervenciones toman por sentado que la madre encontrará como significativos los signos físicos en cuestión, reconocerá el problema nutricional y actuará de manera comprometida para que su niño alcance la talla y el peso requerido para su edad.

Sin embargo, si se reconoce que las percepciones y prácticas relacionadas a la salud y nutrición infantil están enraizadas en contextos sociales y culturales, se entiende que son estos contextos locales los que definen el lugar que ocupan o no determinados signos o síntomas respecto a la identificación de un problema y al cuándo recurrir a los servicios profesionales en el seno de un universo más amplio de búsqueda de ayuda (Bibeau 1994:27). En este sentido, la eficacia de las intervenciones educativas que evalúan el estado nutricional a partir de la estrategia de Monitoreo de Crecimiento, depende de manera importante de que la madre o cuidadora del niño que se ‘beneficia’ del programa, perciba el crecimiento y desarrollo infantil de manera consistente con el modelo profesional de la desnutrición. De manera alternativa, la eficacia de las intervenciones depende también de la capacidad de los modelos profesionales de desnutrición de ir al encuentro de los modelos populares. La preocupación anterior respecto de los encuentros o desencuentros entre las semiologías profesional y popular respecto a la

desnutrición infantil planteó un primer objetivo que el presente estudio buscó responder, a decir: ¿las beneficiarias potenciales de la nueva intervención educativa definen el problema de la desnutrición de manera coherente con el modelo profesional, o privilegian más bien otros signos que no conocemos?

En este sentido, quedó claro que la finalidad del estudio era problematizar las posibles convergencias y divergencias entre los campos de percepción, expectativas y prácticas populares y profesionales, de manera de garantizar que la nueva intervención educativa no corra el riesgo de no alcanzar realmente a la población y se quede en la puerta falsa de sus deseos y expectativas (Bibeau 1994:27)

Por otro lado, las divergencias entre los modelos popular y profesional podrían no sólo estar referidas a la mediación cultural respecto de la relevancia de ciertos signos para definir el problema de la desnutrición. Pensar en las divergencias semiológicas respecto al reconocimiento de los efectos de la desnutrición infantil, supone que la desnutrición infantil es una problemática reconocida por la comunidad, que entonces se la diferencia de otros problemas que afectan el desarrollo infantil. Sin embargo, podría ser que la percepción de la problemática en sí constituya una brecha, en este sentido más fundamental, entre los modelos popular y profesional.

Ciertamente, la cultura media el que se privilegien ciertos efectos (signos) de un problema, pero de manera más fundamental la cultura media el proceso mismo de designación del problema, el proceso que permite distinguir entre fenómenos percibidos en el mundo natural y ordenarlos a partir de sistemas de clasificación, lo que Whorf describe como *"cut nature up, organize it into concepts, and ascribe significances"* (Whorf 1956:213). En el marco de esta reflexión se define un segundo objetivo del estudio en relación a las siguientes interrogantes, a decir: ¿existe para el modelo popular tal cosa llamada 'problemática de la desnutrición?', y si existe, ¿es acaso que se define a partir de la misma asociación temática profesional? ¿Es acaso que el espacio semántico que ocupa la problemática nutricional infantil en los

modelos populares es isomorfo a la definición profesional? Si profesionalmente la temática considerada como asociada de manera relevante a la problemática nutricional se define a partir de conocimientos biomédicos y estudios epidemiológicos, que establecen entonces modelos de determinantes que orientan las acciones y agendas de intervención, ¿es acaso que los modelos populares definen dentro de la realidad una temática consistente con estos modelos de determinantes?

Es a partir de este cuestionamiento, tanto sobre el problema como sobre la problemática nutricional, que se decidió llevar adelante la presente investigación. Si el primer objetivo se refiere a la semiología popular y se pregunta por la relevancia émica<sup>3</sup> de los signos antropométricos para definir a los niños desnutridos; el segundo objetivo se pregunta por la temática émica asociada a la desnutrición como problemática, es decir, por los modelos causales populares que explican y definen la desnutrición infantil y permiten delimitar un campo semántico émico consistente con el definido desde el modelo profesional como 'problemática nutricional'.

## 5. Plan de presentación del documento

El estudio se presenta en cuatro capítulos. En el primero se describe la problemática a partir de la descripción y discusión del modelo profesional. También se evidencian diversos puntos críticos en relación a las agendas de investigación y acción en nutrición infantil, y se discute en este marco, la participación de la Antropología Nutricional. En el mismo capítulo, se describen los objetivos de investigación y las características de la zona en la que llevó a cabo el trabajo de campo. En el segundo capítulo se desarrolla el marco conceptual del estudio, en el que se propone entender los modelos populares y profesionales como esquemas interpretativos incompletos, y se argumenta en favor de un *recadrage anthropologique*

---

<sup>3</sup> A partir de la distinción lingüística entre fonética y fonémica hecha por Pike en 1954, la distinción entre émico y ético se ha utilizado para distinguir las definiciones o percepciones que se describen a partir de las categorías culturales o locales (émico), de aquellas que tienen la pretensión de ser transculturales y científicas (ético). A lo largo del texto se relaciona lo

que permita legitimar los modelos populares en la definición de los problemas de salud y enfermedad. Se discute en este sentido, el empiricismo actual en salud pública que privilegia las medidas científicas, universales, observables, standarizadas y cuantificables como única vía hacia la definición legítima de la problemática y la acción. En el tercer capítulo se describe el diseño y se elabora una propuesta metodológica que permite acceder a los modelos populares. Finalmente, en el último capítulo se describe la semiología popular y el campo semántico relacionado a los problemas de desnutrición infantil, y se explican y discuten las implicancias de los resultados.

---

émico con los modelos populares locales y lo ético con los modelos profesionales de la desnutrición.

# CAPITULO I

## DESCRIPCION DEL ESTUDIO

### 1. Problemática

#### 1.1 Evolución de la categoría de desnutrición

La evolución de la noción de la Desnutrición Protéico-Calórica (DPC) ha acompañado el desarrollo de la biomedicina como empresa científica de conocimiento. Efectivamente, en la redefinición continúa de la desnutrición se evidencia la búsqueda por la causa necesaria (substrato biológico) que explique la constelación de síntomas asociada a ella.

La desnutrición es una categoría biomédica que ha evolucionado enormemente en lo que va del siglo. La primera en definir una deficiencia nutricional como patología fue Cecily Williams, quien a partir de sus observaciones en etnias africanas describió la sintomatología y la epidemiología de lo que denominó entonces Kwashiorkor<sup>4</sup> (Quandt 1996:282). Más tarde, se identificó otra enfermedad de deficiencia nutricional cuya sintomatología la diferenciaba del Kwashiorkor, y se la denominó Marasmo (Quandt 1996:282). Es sólo a fines de los 50' en que Jelliffe (1959) define ambas patologías como parte de un problema mayor de Desnutrición Protéico-Calórica (DPC). Hoy se coincide en definir el Kwashiorkor y el Marasmo como extremos de un continuo que se denomina indistintamente Desnutrición Protéico Calórica o Desnutrición Protéico Energética (DPE) (McElroy y Townsend 1989:213). El problema nutricional es definido hoy entonces como un estado patológico resultante de una carencia inicial de calorías (o energía) que obliga a que las proteínas sean metabolizadas como fuente de energía y en consecuencia no estén disponibles para el crecimiento u otras funciones reparadoras (McElroy y Townsend 1989:213).

---

<sup>4</sup> 'Kwashiorkor', el nombre propuesto para esto que Williams redefine en términos biomédicos como deficiencia nutricional, es lo que los Ga de Gjana definían como "*la maladie contractée par un enfant à la naissance du bébé qui vient après lui*" (De Garine 1987:384).



Se puede hacer un seguimiento respecto de las prioridades en las agendas durante este siglo y constatar que la preocupación por la desnutrición ha girado en función de su definición cambiante. Hasta antes de los 50', la deficiencia de vitaminas era la preocupación principal; luego, durante los primeros años de la década del 50' hasta mediados de los 70' la deficiencia de proteínas fue el foco principal de atención (UNICEF 1990:12), reemplazado finalmente por la centralidad de la noción de energía (Cassidy 1982:329).

En los años 70 se da un cambio importante que puede ser bien ejemplificado en la Conferencia Mundial de Alimentos de 1974, donde se plantea un "nuevo modelo de la malnutrición", fundamentalmente un modelo que entiende la malnutrición no como un problema biomédico, sino como un problema de desarrollo relacionado a la pobreza y al acceso a los alimentos (Berg y Austin 1987:446-447). Al definir la malnutrición como un problema de desarrollo, la consecuencia inmediata es la toma de conciencia de que la problemática así definida tenía que ser encarada a partir de un planteamiento multisectorial (UNICEF 1990:12) en el marco de un planeamiento nacional liderado por los Estados (Berg y Austin 1987:448) que incorporara diversas disciplinas de análisis y planeamiento económico y administrativo.

Although malnutrition was clearly in the province of the biological sciences, economic and managerial analysis and planning could and should be applied. As malnutrition was now seen as a development problem -as both contributor to and a consequence of underdevelopment- these development disciplines were relevant and needed to be tried (Berg y Austin 1987 :446)

Esta definición de la desnutrición como problema de desarrollo se reafirma en 1978 en la Conferencia de Alma Ata, que sin embargo redefine el desarrollo posible sólo a partir de la implicación de las mismas comunidades y no tanto como efecto de un planeamiento vertical nacional (UNICEF 1990:12). Según UNICEF, es a partir de la definición de la problemática en Alma Ata y de la propuesta estratégica de Atención Primaria de Salud que los programas nutricionales más exitosos han sido implementados (1990:12).

Aunque la historia de la definición de la desnutrición como problema biomédico y problemática social parezca cuestión de una evolución linear, lo cierto es que el escenario actual de intervenciones nutricionales demuestra la persistencia de la definición de la desnutrición como un problema eminentemente biomédico. De alguna manera, es por eso que algunos autores sugieren hacer una diferencia entre el concepto fisiológico de desnutrición, y el concepto más amplio relacionado a causas económicas políticas y culturales (UNICEF 1990:11).

Recogiendo de alguna manera esta distinción, en el presente estudio se diferencia el problema nutricional de la problemática nutricional. Mientras el problema nutricional se refiere a la definición biológica de la desnutrición respecto a sus efectos, relacionado a las medidas antropométricas como evaluación privilegiada; la problemática nutricional se refiere al modelo de determinantes que la explica.

## **1.2 Las medidas antropométricas como definición del problema nutricional**

En 1948 la Declaración Universal de Derechos Humanos declara la alimentación como un derecho humano fundamental "*Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well being of himself and his family, including food...*" (art. 25, para.1). Según el Banco Mundial (World Bank 1986:17) por lo menos 340 millones de personas son privadas de este derecho, a decir, no consumen las calorías necesarias para prevenir un crecimiento deficiente y evitar serios problemas de salud. Los afectados de manera más seria por esta situación son los niños: alrededor de 150 millones de niños menores de 5 años no tienen un peso adecuado para su edad, y más de 20 millones sufren condiciones severas de desnutrición (UNICEF 1990:9).

La desnutrición infantil es un grave problema en el Perú. La más reciente encuesta antropométrica, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEL, 1997), evidencia que el 25.8% de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición crónica o retraso en el crecimiento, medido en función de la talla respecto a la edad. Este promedio obscurece sin embargo la diferencia entre las zonas urbanas y las zonas rurales, distinción que, tomada en cuenta, revela que la desnutrición crónica

en el país alcanza a más de 40% de los menores de 5 años en poblaciones rurales y más del 15% en zonas urbanas (INEI 1997).

La problemática nutricional ha generado innumerables intervenciones y acuerdos de agendas internacionales y nacionales. Por ejemplo, la eliminación del hambre y la malnutrición es uno de los objetivos centrales de tanto la Tercera Decada de Desarrollo de las Naciones Unidas, como de la Declaración de la Organización Mundial de la Salud "Salud para Todos en el año 2000" (UNICEF 1990:8) De la misma manera, en los lineamientos de política actual del Ministerio de Salud del Perú la desnutrición infantil es una agenda privilegiada (MINSA 1996a).

Los indicadores utilizados para definir el problema nutricional, evaluar la relevancia de la problemática y monitorear los efectos de estas iniciativas para combatir la desnutrición infantil son fundamentalmente indicadores antropométricos: *underweight* (bajo peso para la edad), adelgazamiento (bajo peso para la talla) y retardo en el crecimiento (baja talla para la edad). Son estos tres indicadores los que definen los tres tipos de desnutrición proteino-energética: desnutrición global, desnutrición aguda y desnutrición crónica respectivamente. Efectivamente, en ausencia de una ingesta adecuada, lo primero que es afectado es el peso del niño. La desnutrición aguda (deficiente peso con respecto a la talla) en este sentido es la respuesta nutricional más temprana al déficit energético-protéico. A diferencia de la desnutrición aguda que hace referencia a la experiencia reciente de deprivación nutricional, la desnutrición crónica (deficiente talla para la edad), dado que sólo ocurre luego de semanas o meses de una deficiente nutrición, evidencia que el niño ha tenido un largo periodo de deprivación nutricional. Finalmente, la desnutrición global (deficiente peso para la edad) definida por la medida conjunta de adelgazamiento y retardo en el crecimiento, evidencia un déficit nutricional sin dar información respecto a si éste ha sido una deprivación actual o pasada.

Lo señalado anteriormente evidencia la estrecha relación que establece el modelo profesional entre la desnutrición y el crecimiento.

### **1.2.1 La relación entre crecimiento y desnutrición**

El crecimiento puede ser definido como el incremento en el tamaño físico del cuerpo como un todo, o como el incremento de alguna de sus partes asociadas con el incremento de células o el tamaño de éstas (Pipes y Trahms 1993:3). En la medida en que el crecimiento humano está ligado a la multiplicación de células o al aumento de su tamaño en relación a una suplementación adecuada de energía, de aminoácidos, de agua, de lípidos, de vitaminas, y de minerales; el consumo de alimentos afecta de manera importante el crecimiento.

Sin embargo, aunque se reconoce que la desnutrición durante los primeros tres años de vida - sea por la ingesta inadecuada y/o la experiencia de enfermedades infecciosas -, es el principal determinante de la talla futura del niño, el crecimiento tiene también determinantes genéticos y determinantes ambientales no nutricionales: factores perinatales, enfermedades, factores psicológicos, y factores ambientales tales como la altitud, la temperatura, entre otros (Dettwyler 1992:172; Barret y Frank 1987:16-32).

Se sabe que en condiciones óptimas de nutrición, la talla de los niños variará de acuerdo al potencial genético que es convencionalmente definido como la media entre la talla de los padres (Barrett and Frank 1987:19). Sin embargo, si los padres han sufrido de desnutrición, es imposible asumir que la talla de ellos revele su potencial genético por lo que es difícil definir si el retraso en el crecimiento se debe a deficiencias nutricionales o a factores genéticos, lo que a su vez complica la evaluación del estado nutricional de los niños.

[...] in studies of malnutrition and childbehavior conducted in economically deprived populations, the genetic as opposed to the nutritional sources of variance in attained height are difficult to quantify, and remain a source of error in classifying children as well or poorly nourished on the basis of height for age. (Barrett y Frank 1987:20)

Investigaciones recientes parecen demostrar, sin embargo, que los factores genéticos no pueden explicar sino de manera muy limitada el retraso en el crecimiento de los niños. Habicht et al. (1974) haciendo un balance de los estudios que comparan dos clases sociales en la misma etnia, encuentran que sistemáticamente los hijos de las clases más privilegiadas crecen cerca a la referencia, mientras los pobres muestran un crecimiento limitado. Esto demostraría que son las influencias ambientales y no las genéticas las que explicarían mejor los déficits en el crecimiento.

Esta investigación entre otras (Stephenson et al. 1983; Palti et al. 1995, Martorel 1986), que parecen demostrar que la talla en niños menores de 10 años es afectada fundamentalmente por factores ambientales y no genéticos, justifica con esto el uso las Referencias de Standards Internacionales (*International Reference Standards*). Por otro lado, si bien estas investigaciones parecen haber terminado con la controversia al respecto de la validez de la utilización de estándares internacionales, se reconoce claramente que no hay sustituto para estándares de referencia locales derivados a partir de una metodología estandarizada; de manera que los estándares internacionales son considerados como mejor opción sólo en la ausencia de estándares de referencias locales adecuados. Las Referencias Internacionales proveen así de un marco estadístico para la comparación poblacional entre países. Los puntos de corte sin embargo se aconseja que sean definidos localmente en función de experiencias locales de riesgo (Goldstein y Tanner 1980). Los limitados recursos para la realización de investigaciones locales para desarrollar estándares locales y puntos de corte locales, obliga a que países como el Perú adopten los estándares y puntos de corte internacionales. La mayor dificultad en este sentido no es tanto a nivel poblacional, donde aquellos que argumentan en contra de el uso de estándares internacionales arguyen que en ciertas poblaciones se sobreestima la prevalencia de desnutrición; sino fundamentalmente en la evaluación del estatus nutricional individual, donde se corre el riesgo de estar utilizando medidas poco sensibles y específicas, que entonces clasifican de manera inadecuada a niños de poblaciones cuyos patrones de normalidad antropométrica son desconocidos.

Diversos estudios han establecido momentos críticos para el desarrollo individual. La desaceleración del crecimiento empieza desde los 2 ó 3 meses y puede extenderse hasta los 3 años. Este es el periodo crítico en el cual es posible actuar para evitar o revertir el problema en la medida en que intervenciones tardías tienen menos posibilidad de revertir los déficits en el crecimiento (Golden 1994, Martorell 1994). Otros estudios han demostrado una correlación estadística significativa entre el peso del niño al nacer y el déficit de crecimiento, morbilidad y mortalidad infantil .

La falta de crecimiento tiene efectos dramáticos en el desarrollo cognitivo, afectivo y psicomotor de los seres humanos. Efectivamente, el retraso del crecimiento ha sido asociado a un sin número de problemas funcionales: pobre desarrollo cognitivo y problemas de aprendizaje en la edad escolar, disminución de la actividad física y productividad, y problemas reproductivos de la mujer (Martorell et al 1992, Neumann et al. 1992). Es a partir de las investigaciones que relacionan crecimiento y desarrollo infantil, que la nutrición, en tanto tiene un efecto importante en el crecimiento, ha sido asociada con problemas funcionales. Es decir, es básicamente la mediación por variables extra-nutricionales como crecimiento, la que ha asociado la desnutrición con efectos comportamentales, que son difíciles de determinar como efectos de la desnutrición *per se* (Barret y Frank 1987:xix) .

De hecho, las dificultades en la medición de variables comportamentales explican por qué en el desarrollo de la noción de desnutrición como categoría, se han privilegiado los síntomas físicos y se han propuesto aquellos comportamentales como secundarios (Cassidy 1982:329). En este sentido, algunos autores manifiestan su preocupación por la reducción de la problemática nutricional a indicadores físicos como crecimiento, y a que la mayoría de la investigación haya enfocado la relación nutrición y crecimiento sin tomar en cuenta la relación directa entre desnutrición y el comportamiento infantil, a decir la capacidad del niño de buscar y aprender de la experiencia y de ser emocionalmente capaz de llevar una vida productiva (Barrett y Frank 1987:1). Incluso, resultados esperados de tales investigaciones permitirían desarrollar nuevos indicadores comportamentales

sensibles al stress biológico nutricional y no nutricional, y a la experiencia en general de ambientes desaventajados (Brozek 1987:xii).

Hasta el momento sin embargo, es la relación entre desnutrición y crecimiento, la que ha definido el marco lógico de las intervenciones nutricionales. Como se señaló antes, el que los déficits de crecimiento ocurran dentro de los tres primeros años de vida o se relacionen al peso del niño al nacer, ha implicado la concentración de los programas, intervenciones e investigaciones nutricionales en estos años, y ha determinado la relevancia de la desnutrición infantil para las agendas de desarrollo social. Efectivamente, contacto precoz, lactancia materna exclusiva y adecuada alimentación complementaria, así como la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, han sido el foco de la preocupación nutricional.

### **1.2.2 La evaluación del estado nutricional**

Los indicadores de malnutrición pueden ser categorizados en dos grandes grupos, aquellos indicadores relacionados a la ingesta de alimentos, y aquellos indicadores relacionados al crecimiento físico, tanto prenatal como postnatal (Barret y Frank 1987:3). Una diferencia importante entre ambos tipos de indicadores se refiere a su especificidad. Se asume que, mientras los indicadores físicos expresan tanto factores nutricionales como no nutricionales, el consumo es por definición un indicador que se refiere únicamente a factores nutricionales, y en ese sentido, es un indicador de mayor especificidad. Sin embargo, a pesar del 'atractivo teórico' de los indicadores de consumo, existen varias dificultades y problemas metodológicos respecto a la manera de medirlos en el campo, que cuestionan su exactitud, y en ese sentido su utilidad como indicadores que definen el status nutricional. (Barret y Frank 1987:4-16).

El otro conjunto de indicadores del estado nutricional utilizados corrientemente se refieren a aquellos que identifican los déficits en dimensiones físicas. La antropometría, la ciencia relacionada a las medidas corporales, ha desarrollado una

serie de indicadores físicos que permiten categorizar dentro de un continuo el estatus nutricional sin la necesidad de que signos clínicos extremos de desnutrición sean evidentes.

En general en investigaciones epidemiológicas sobre el status nutricional poblacional se utilizan medidas corporales bastante refinadas, sin embargo, las medidas utilizadas generalmente en investigaciones que buscan predecir el status nutricional de individuos sobre los que se propone intervenir, son la talla, el peso y la circunferencia de la cabeza (Barret y Frank 1987:17). De cualquier manera, a nivel de la información antropométrica corrientemente usada para desarrollar planes de acción nacionales o internacionales las medidas peso y talla son las más frecuentemente citadas por la literatura (UNICEF 1990). De hecho, en el Perú, los indicadores antropométricos más corrientes para definir el problema, evaluar la relevancia de la problemática, planear políticas de salud, y monitorear y evaluar los efectos de intervenciones nutricionales son fundamentalmente adelgazamiento, retardo en el crecimiento y *underweight*.

Las medidas antropométricas como indicadores de la desnutrición infantil definen el problema nutricional tanto a nivel poblacional, como a nivel individual. A nivel poblacional, las Vigilancia Epidemiológicas (*Nutritional Surveillance*), evaluaciones poblacionales sucesivas de los indicadores antropométricos, permiten hacer el seguimiento en el tiempo del estado nutricional de la poblaciones, tanto para fines de planeamiento a nivel de la identificación de grupos poblacionales necesitados y de la implementación de políticas de salud o sociales pertinentes; como para el manejo y la evaluación los programas en marcha. Evaluaciones poblacionales sobre el estado nutricional además son utilizadas como líneas de base de intervenciones nutricionales o en la evaluación de impacto de las mismas.

Sin embargo, los indicadores antropométricos no sólo evalúan el estatus nutricional poblacional, sino que son privilegiados muchas veces para definir de manera amplia la salud infantil.



Growth assessment is the best single measure for defining the health and nutritional status of children, while it serves as an indirect indicator of the quality of entire populations. (WHO 1993:703)

De manera incluso más general, el status nutricional reflejado en el crecimiento es aceptado como un “indicador con rostro humano” del desarrollo socioeconómico (Grant 1991:ix) y muchos coinciden en que la talla puede traducir bien el bienestar físico general de la población (Drèze y Sen 1989:39). En este sentido, los indicadores de crecimiento son generalmente utilizados para medir impactos poblacionales y/o planificar políticas sociales o intervenciones concretas tanto nutricionales como de desarrollo humano en general.

A nivel individual, las estrategias de Monitoreo del Crecimiento (*Growth Monitoring*) y de Evaluación del Status Nutricional (*Screening*) son usos corrientes de la antropometría en intervenciones nutricionales. La Evaluación del Status Nutricional (ESN) permite a los programas identificar y captar a los niños con características antropométricas tales que requieran una intervención nutricional o de salud. El Monitoreo de Crecimiento (MC), de otro lado, utiliza las medidas antropométricas para evaluar el desarrollo normal del niño. En general, el MC se constituye en una intervención independiente, reconocida como una de las principales estrategias de la atención primaria de salud para promover y controlar la desnutrición (Grant 1991:x). De manera más amplia, sin embargo, el MC es utilizado como estrategia primaria de salud no sólo para definir el status nutricional infantil, sino incluso para evaluar si el desarrollo del niño es adecuado o deficiente.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> En el caso del Ministerio del Salud del Perú, el Programa de Crecimiento y Desarrollo, programa vertical que se ofrece en todos los establecimientos de salud como parte de la atención primaria de salud, son los indicadores antropométricos los que establecen generalmente la normalidad del desarrollo infantil. Si bien es cierto que respecto al desarrollo infantil el Ministerio dispone de cartas de evaluación más complejas a partir de la observación de signos comportamentales relacionados a ciertos cortes en edades precisas, lo cierto es que este tipo de evaluación del desarrollo infantil, que requiere tiempo y capacitación apropiada, está generalmente subordinada a la demanda de pacientes, de manera que generalmente se confía en los indicadores antropométricos para definir la situación del niño respecto a su desarrollo bio-psico-social.

### 1.2.3 Los desencuentros de semiologías popular y profesional

El Monitoreo de Crecimiento en la medida en que supone evaluar el estatus nutricional del niño implica una consecuente consejería nutricional. De hecho, las intervenciones de educación nutricional son generalmente acompañadas de intervenciones de Monitoreo de Crecimiento (Lotfi y Mason 1991:273). Se podría decir que el MC es parte de la pedagogía educativa, en la medida en que se espera que la madre evalúe el bienestar del niño en función de estos indicadores y responda de manera apropiada. De alguna manera, se toma por sentado que la madre encontrará como significativos los signos físicos en cuestión (peso y talla), reconocerá el problema nutricional y actuará de manera comprometida para que su niño cumpla con la talla y el peso requerido para su edad. En este sentido, la eficacia de la estrategia de MC depende de manera importante de que la madre o cuidadora del niño perciba el crecimiento y desarrollo infantil de manera consistente con la estrategia de MC.

Lo cierto es que de manera típica los trabajadores de salud utilizan el MC e interactúan con las madres con poca o ninguna información respecto a las perspectivas culturales locales respecto a crecimiento y desarrollo (Pelto 1987:555). De hecho, pocos estudios han investigado sobre las perspectivas culturales respecto a la talla y al crecimiento físico, y hoy se evidencia una preocupación creciente por conocer estos modelos énicos.

[...] we know relatively little about people's expectations concerning child growth and development in any cultural setting. [...] Understanding cultural perspectives on size and expected growth would be of major assistance to maternal and child health programs in developing countries where 'growth monitoring' is being used as a component of preventive care [...]. Ethnographic research to generate the caretakers' perceptions of growth and development would undoubtedly prove useful for improving communication between providers and the communities they serve. (Pelto 1987:555)

But still not addressed are indicators to help caregivers know that they are doing things right, from growth to cognitive development. Stimulation and touching are essential components of care, and these can manifest themselves as good growth. (UNICEF 1997:10)

Launer y Habicht en 1989 publican la única investigación que ha llegado a mis manos, luego de una exhaustiva revisión de la literatura, que se plantea esta preocupación respecto al desencuentro de modelos explicativos sobre el crecimiento y el desarrollo infantil, en el marco de una discusión sobre la eficacia de la educación nutricional.

Nutritional education is a critical component of programs designed to improve nutritional status, yet it often fails because of differences in the concepts underlying the educational message and those motivating mother's behavior.[...] Most nutrition education messages are developed from investigations grounded in the bio-medical model [...] However, mothers views are rooted in their own tradition that itself includes ideas about feeding, health and grow. If the language and conceptual framework derived from Western scientific explanatory models do not match those of the mother the communication is impaired. (Launer y Habicht 1989:13)

Se evidencia entonces cómo diversos autores han problematizado los indicadores antropométricos, que parten de modelos explicativos biomédicos, en su capacidad de generar comportamientos de cuidado adecuados por parte de las madres. Una intervención nutricional, particularmente una intervención educativa, parece estar destinada al fracaso si las madres 'beneficiarias' no comparten un marco conceptual consistente con el concepto de Monitoreo de Crecimiento.

La mayoría de intervenciones en educación nutricional se elaboran aun hoy a partir de una estrecha perspectiva biomédica. Las ciencias de la nutrición estudian los eventos biológicos que promueven una buena nutrición proponiendo cómo enseñar a la madre a tomar decisiones sobre una dieta saludable para sus niños. Las intervenciones educativas deducen entonces los mensajes nutricionales a partir de este cuerpo de información biomédica. La comunicación así planteada se hace inviable dados los desencuentros entre modelos explicativos y perspectivas.

### **1.3 Los determinantes como definición de la problemática nutricional**

Ciertamente el modelo profesional<sup>6</sup> actual de la desnutrición considera otros factores biológicos y no biológicos como determinantes de la desnutrición (ver

---

<sup>6</sup> El modelo profesional es el marco interpretativo y los modelos causales con los que trabajan las disciplinas relacionadas a la desnutrición como problema biomédico y de

Cuadro N°1). A parte de la ingesta adecuada, la experiencia de procesos infecciosos ha sido reconocida también como factor causal primario de la desnutrición infantil. Las enfermedades infecciosas como la diarrea provocan estados de mala absorción de los alimentos consumidos, lo que equivale a una ingesta inadecuada. De manera secundaria, determinantes no-biológicos, a decir, determinantes políticos, económicos y socioculturales han sido reconocidos como causas de la desnutrición.

Según el Marco Conceptual UNICEF (1990) , factores estructurales determinarían la desnutrición a través de la mediación de otros determinantes, a decir: el control de recursos económicos, humanos y organizacionales, que sin embargo sólo encaminados por la educación permitirían: 1. Acceso a los alimentos (seguridad alimentaria doméstica), que garantizaría la ingesta adecuada; 2. Acceso a los servicios de salud y a un ambiente saludable, que permitiría garantizar el la salud; y 3. Adecuado cuidado de los niños y las mujeres, que garantizaría tanto la ingesta adecuada como la salud materno-infantil.

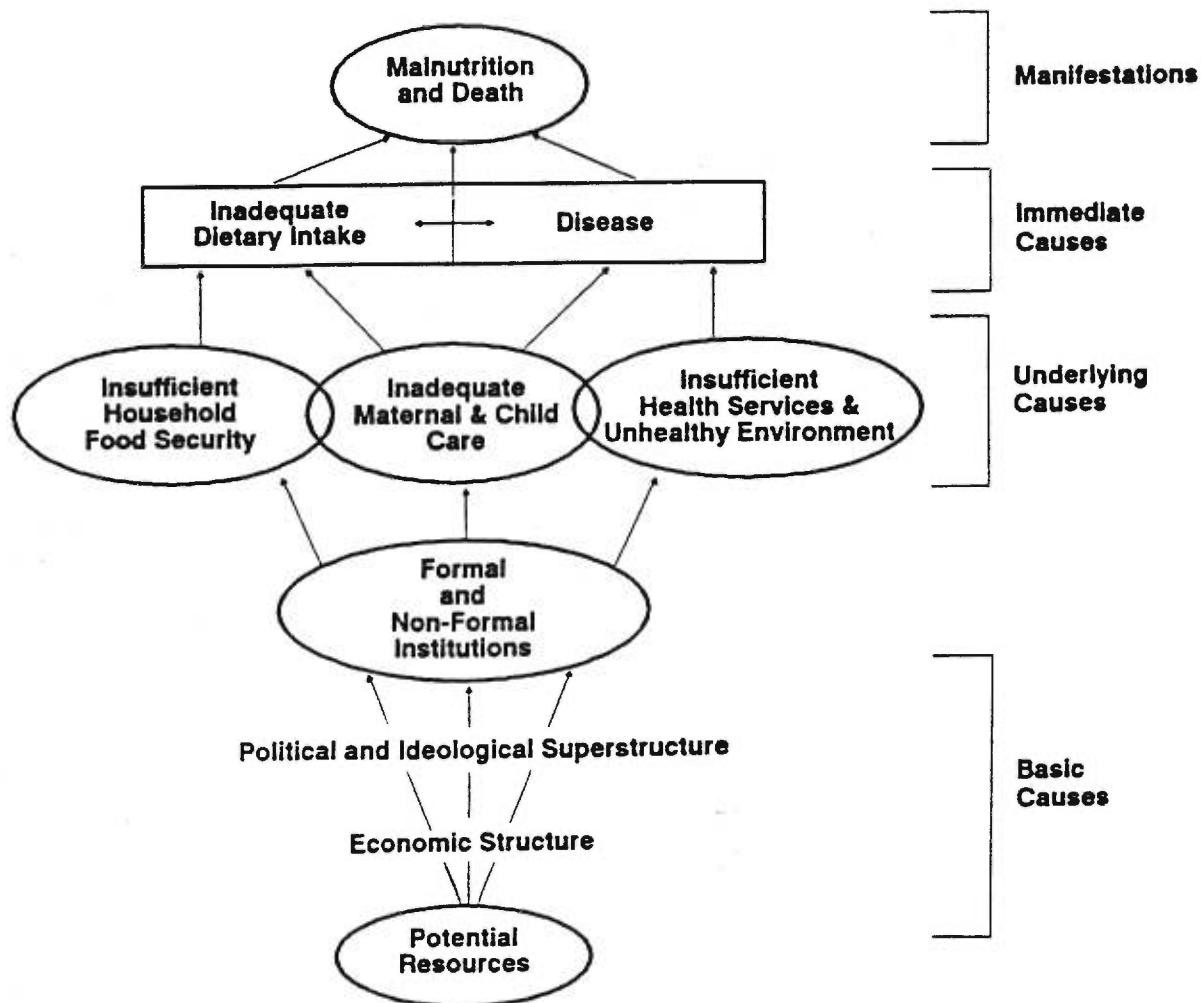
Hoy es claro que los determinantes de la desnutrición no se refieren únicamente a procesos biológicos individuales, y sin embargo, la ampliación de la comprensión de la problemática incorporando factores socioculturales no ha significado un verdadero descentramiento del paradigma biomédico .

La epidemiología, ciencia que se preocupa por establecer la importancia relativa de los diferentes factores de riesgo asociados a los problemas de salud, ha sido instrumento central en la definición de la problemática nutricional actual.

---

desarrollo. Incluyo también la antropología nutricional entre estas disciplinas. El Marco de Determinantes de la Desnutrición propuesto por UNICEF (1990) , ampliamente reconocido, es la referencia paradigmática que ejemplifica el modelo profesional acerca de los determinantes de la desnutrición.

ESQUEMA N°1 MODELO DE DETERMINANTES DE LA DESNUTRICIÓN



Fuente: UNICEF, 1990.

De manera preocupante, la epidemiología en busca de una credibilidad científica en el mundo médico a adoptado un acercamiento positivista de la ciencia calcado sobre el modelo de las ciencias físicas (Rubinstein 1984 citado por Massé 1995:84) Trostle (1986) refiere como el acercamiento ambiental y sociocultural elaborado por la epidemiología del siglo XIX fue reemplazado por un acercamiento bacteriológico a fines del mismo siglo. Efectivamente, los descubrimientos de Koch y Pasteur confirmando que las enfermedades infecciosas tienen su causa en bacterias específicas, marcan la reorientación de la medicina hacia la búsqueda de la causa única y asientan una definición mecanicista del organismo (Trostle 1986). Esta orientación biomédica en epidemiología determina una preocupación central por agentes etiológicos únicos, y un desinterés por el valor etiológico de factores sociales (Trostle 1986). A mediados del este siglo sin embargo, la epidemiología se vuelve a interesar por determinantes socioculturales de la enfermedad, sin que esto signifique un cuestionamiento del modelo clásico biomédico. Rubinstein define la epidemiología entonces a partir de:

[...] un accent excessif mis sur la méthode, un réductionnisme quantitatif dans le traitement de variables socioculturelles et un obsession de la prédictibilité des problèmes de santé aux dépens d'une analyse du processus de négociation du malade avec son environnement. (Rubinstein, citado por Massé 1995:84)

Es en un segundo momento, y en relación a los programas de salud internacional en países en vías de desarrollo que se evidencia la necesidad de incorporar en los estudios factores como los hábitos de vida o las representaciones.

On a construit dans ce contexte des modèles écologiques et systémiques qui visent a rendre compte de la manière don't opère la relation entre paramètres biologiques, environnementaux et culturels. (Corin 1985:47)

Efectivamente, es a partir del acercamiento ecológico y sistémico liderado por la Antropología Nutricional donde se da un primer encuentro importante entre antropología y epidemiología, que si bien amplía el marco de determinantes no ha significado un cuestionamiento respecto al acercamiento positivista de la epidemiología .

#### 1.4 La Antropología Nutricional

El interés de antropólogos por el estudio de la construcción social y cultural de la enfermedad no es nuevo. Este acercamiento postula que el ambiente en el que se desarrolla un individuo no es "la realidad" sino la representación que él se hace de ella. Esta representación estaría basada sobre la posición y las funciones ocupadas por el individuo en las instituciones sociales, sobre su posición en la estructura económica y sobre las normas, los valores y las ideologías dominantes en su ambiente social. Así, los antropólogos han intentado comprender los problemas de salud a través de las significaciones que éstos toman en el marco vivido del individuo, de su sociedad y de su cultura; preguntándose de manera particular sobre el rol de los factores culturales en la construcción de la realidad.

La alimentación ha sido desde siempre en antropología un área de interés descriptivo. Los primeros estudios sobre dietas y alimentación, en relación a características físicas que reconoce la literatura son aquellos de Boas a partir de 1912 (Froment 1986:347). Otros ven los inicios de la Antropología Nutricional en investigaciones más recientes denominadas "*foodways research*", que se habrían iniciado con los trabajos durante los años 30 de Audrey Richards en Rhodesia, y los trabajos subsecuentes durante los años 40 tanto en Estados Unidos (Mead 1943 citado por Quandt 1996:272), como en Europa (Froment 1986:347).

Aunque algunos aún hoy distinguen los estudios realizados por la Antropología Nutricional de aquellos realizados por la Antropología de la Alimentación, distinguiéndolos sea por su foco en la biología humana o en la cultura respectivamente (Froment 1986:347, Johnston 1987:ix); esta brecha entre antropología cultural por un lado y antropología física y biológica por el otro ha disminuido en los últimos 20 años. Esto permite que hoy algunos definan la Antropología Nutricional como una perspectiva biocultural amplia, que fundaría su especificidad en la teoría ecológica y en la preocupación por discutir los patrones y requerimientos dietéticos en el marco de ambientes físicos y sociales particulares (Kandel et al. 1980, Quandt 1996).

Nutritional anthropology is made unique by the coupling of ecological theory with evolutionary theory and by integrating both biology and culture into the evolution model. This sets humans into the perspective of long-term change and adaptation through natural selection, predicting that variations in morphology and physiology related to food consumption or production will have been selected for in terms of prevailing selective pressures. However, because humans have the unique ability to produce culture to buffer themselves from the environment, culture can also be subject to selection. (Quandt 1996:273)

Quandt propone demostrar lo valioso de la perspectiva biocultural, comentando sobre los aportes de la Antropología Nutricional en el estudio de los determinantes de la desnutrición.

Because social science have traditionally not sought to link their findings to specific proximate biological causes of malnutrition, and nutritional scientists have tended to be superficial in their treatment of the ultimate causes of biological precursors to malnutrition, a critical gap exists in the model of malnutrition causation. A biocultural approach, by eliminating the unknowns of the model, reduces the compartmentalization of knowledge and facilitates interventions. (Quandt 1996:282)

Efectivamente, el progresivo reconocimiento de la importancia de los determinantes socioculturales de los comportamientos relacionados a la desnutrición se debe al trabajo de la antropología nutricional. Sin embargo, este discurso optimista obscurece el hecho que aún colaborando para que los determinantes no se reduzcan a factores biológicos, los estudios en Antropología Nutricional adoptan las conclusiones epidemiológicas sin aperturar un espacio para definiciones locales y populares de la problemática.

The general format of studies on determinants of feeding utilizes a social epidemiological paradigm, in which a series of social and cultural characteristics are conceptualized as 'independent variables' that affect food intake and nutritional status, which in turn, are treated statistically as 'dependent variables'. (Pelto 1987:555)

En general la Antropología Nutricional parece más inclinada a estudiar los aspectos socioculturales como datos ropaje de "la realidad", medida ésta por variables antropométricas, indicadores bioquímicos del estatus nutricional, aspectos cuantitativos del consumo de alimenos, deficiencias en micronutrientes y radiografías. Si el modelo profesional define siempre las variables dependientes, la agenda de la Antropología Nutricional no deja de ser empiricista: la problemática -



la realidad-, definida desde la epidemiología y la biomedicina es conocida; lo que hay que descubrir son las maneras como las culturas la interpretan y le añaden “capas de significación”. Así el quehacer de la Antropología Nutricional, aunque de manera sutil, no deja de reproducir los presupuestos epistemológicos de la biomedicina: *“en yuxtaposant (notre) connaissance `a (leurs) croyances”* (Good 1993:24). El párrafo siguiente de alguna manera evidencia este posicionamiento:

It may be difficult for reserchers who work primarily in the United States, accustomed to the pervasive acceptance in US culture of the relationship between food and health, to appreciate that this biomedical knowledge is relatively new to US culture, and is not part of the basic knowledge of many of the world peoples. In cultures where this knowledge is not available, traditional infant feeding practices are based on other beliefs about food, about children, and about religion, for example, as the ethnographic literature on enfant feeding amply demonstrates.(Dettwyler y Fishman 1992:195) [el subrayado es mio]

Efectivamente, lo que compete con el ‘conocimiento biomédico’ inmediatamente cambia de status y se convierte en ‘creencia’. Es en esta misma perspectiva que entonces debe entenderse por ejemplo la popularidad del RAP (Rapid Assessment Procedures) elaborado por Scrimshaw y Hurtado (1987), que pretende ser una guía de investigación sobre las ‘creencias’ que hay que investigar en relación a los ejes temáticos relacionados a los problemas de desnutrición infantil, es decir, aquellos ejes definidos a partir de la teoría de determinantes biomédicos y epidemiológicos.

En fin, aunque el interés por los modelos émicos no es nuevo, el que la desnutrición, y las agendas de investigación o intervención relacionadas, se definan a partir únicamente de modelos profesionales no permite ubicar la búsqueda de los modelos émicos como verdaderas alternativas capaces de redefinir lo que se problematiza -la realidad-, y en este sentido no es fiel a una comprensión antropológica de la cultura y de la significación centrada más bien *“sur le rôle du langage dans la constitution de l’expérience et de la réalité plutôt que sur la primauté de la représentation et de la désignation de la réalité par le langage”* (Good 1993:23).

## 2. Objetivos

El presente proyecto parte de una comprensión 'constitutiva' de la cultura. Parte de la idea fundamental que los problemas de salud no son nunca reductibles a las realidades objetivas sino que la manera de percibirlos y de interpretarlos esta mediatizada tanto por el conjunto de percepciones, normas y valores que definen y dan forma a las experiencias individuales y colectivas en un medio particular, así como también por la dinámica de relaciones sociales particular a este medio. Es a esto a lo que nos referimos cuando hablamos de la realidad social, y en particular de las enfermedades como construcciones culturales y sociales. Hoy en día es axiomático en antropología el hecho que los estados, productos y procesos corporales, los signos y síntomas de la experiencia de enfermedad, la etiología, las técnicas y categorías diagnósticas, el manejo de la enfermedad y las prácticas terapéuticas son todas construidas de manera significativa de acuerdo al contexto cultural.

La finalidad de la investigación es poner en evidencia la construcción social y cultural de la desnutrición infantil , comparando los modelos profesionales con los modelos populares de una comunidad periurbana de Lima (Tahuantinsuyo), y argumentando en favor de un *recadrage anthropologique* que permita legitimar los modelos populares en la definición de los problemas de salud y enfermedad. Así, la investigación tiene como objetivos:

1. Explorar el campo semántico émico de lo que el modelo profesional define como la problemática de la desnutrición infantil,
2. Explorar los elementos semiológicos (signos y síntomas), e interpretativos (significaciones socioculturales y matrices ideológicas) émicos relacionados a lo la semiología profesional se define como el problema de la desnutrición infantil.

### 3. Descripción del contexto

Independencia es uno de los distritos más pobres de Lima Metropolitana, el 68% de las familias tienen un ingreso menor a los dos sueldos mínimos vitales, lo que las clasifica como parte del estrato más pobre de la capital y el segundo estrato más pobre según estándares nacionales. Ubicado al noroeste de la capital, forma junto con otros 4 distritos lo que se denomina el Cono Norte de la ciudad.

La topografía del distrito se caracteriza por pampas áridas con elevaciones de terreno de poca altura, aproximadamente de 130m sobre el nivel del mar. Con una extensión actual de 14.56 km<sup>2</sup>, Independencia distribuye su territorio a lo largo de 4, 750 m de la Av. Tupac Amará, avenida que delimita la margen derecha del distrito. A la margen izquierda, Independencia limita con la zona más occidental de la Cordillera de los Andes. Es precisamente en las laderas de estos cerros donde se ha asentado la población (ver Fotos N°1 y N°2 en la página siguiente<sup>7</sup>).

Independencia empezó a poblarse en los años 60' siguiendo la dinámica característica de migración y poblamiento que dió origen a los 'pueblos jóvenes' de Lima. A partir de los 40' y sobretodo en las décadas del 50', 60' y 70' se dan fuertes movimientos migratorios hacia Lima. Estos movimientos migratorios se suelen explicar a partir de factores como el desarrollo de las vías de comunicación, la crisis de la estructura agraria, los conflictos sociales y políticos a los que estaba sometida la población campesina de la sierra, la aparición de la escuela como un medio de ascenso social, la penetración e influencia cultural de la capital, el optimismo desarrollista, entre otras causas (Altamirano, 1988).

En este contexto, a fines de 1959 se da la primera toma de tierras en Independencia, invasión que fue de inmediato desalojada por la policía. El 23 de diciembre del mismo año se repite la invasión, esta vez con éxito. Los terrenos originalmente

---

<sup>7</sup> Las cuatro fotos que se presentan en el documento fueron tomadas por la antropóloga Rocío Trinidad durante el trabajo de campo que realizó en el marco de la Investigación Formativa del Nuevo Panfar.



Foto N°1 Vista Panorámica de Tahuantinsuyo

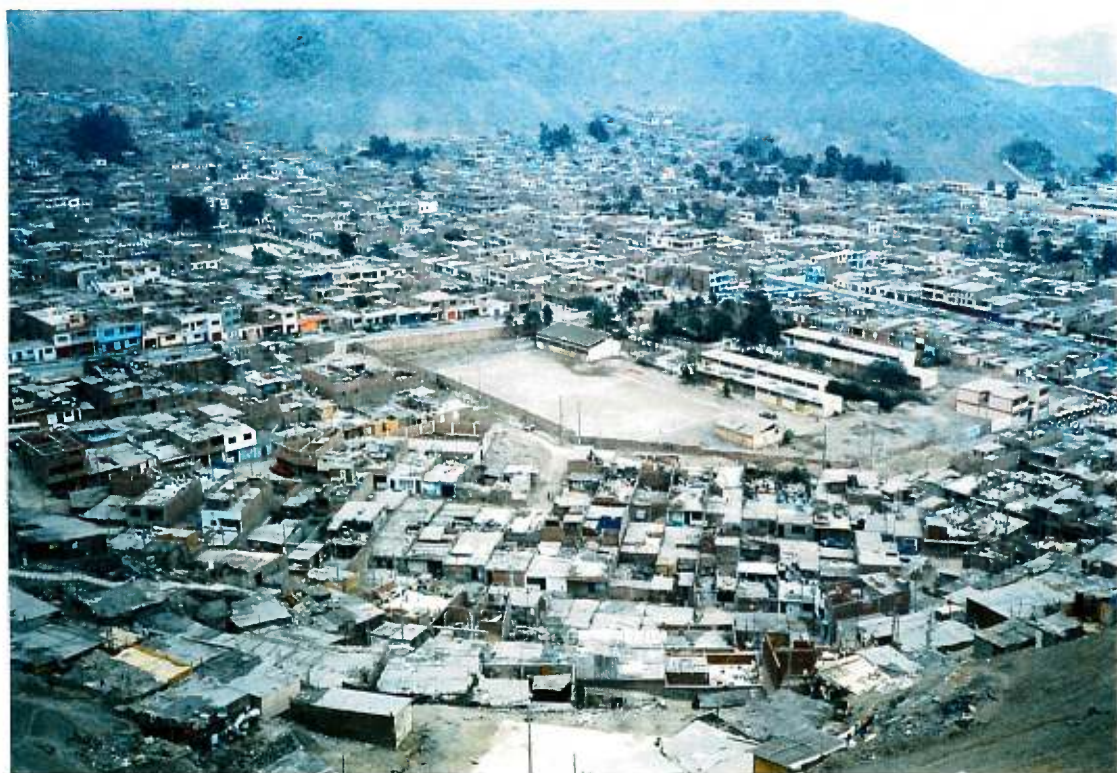


Foto N°2 Vista Panorámica de Tahuantinsuyo



habían pertenecido hasta 1924 a la comunidad indígena de Jicamarca, cuando siendo denunciadas para fines agrícolas, pasaron a ser propiedad de las familias Nicolini y Aliaga. Desde 1960, las sucesivas invasiones y el surgimiento de zonas urbanizadas, han dado lugar a 54 Asentamientos Humanos y las 6 Urbanizaciones Populares que conforman hoy el distrito, creado oficialmente como tal en 1964.

El último censo de 1993 calcula su población en 183,927 habitantes, 50.7% de ellos mujeres. El 70% de la población es mayor de 15 años y entre ellos 15% no llegó a terminar la primaria. Alrededor de 46% de la población económicamente activa son obreros, 28% son trabajadores independientes dedicados en su mayoría al comercio informal, y 20% son empleados.

Respecto a los servicios básicos, 75% de las viviendas tienen servicios de agua y desagüe, mientras alrededor de 88% cuentan con alumbrado eléctrico. La relación entre número de viviendas y habitantes hace de Independencia uno de los distritos más tugurizados de la capital.

Independencia tiene la organización típica de los distritos situados en ambos conos de la ciudad que se explica haciendo la diferencia entre Urbanización Popular y Asentamiento Humano. De manera ideal, la Urbanización Popular generalmente se funda a partir de un planeamiento organizado entre asociaciones pro-vivienda y el estado, que en conjunto contratan una compañía constructora para el diseño y lotización de la urbanización. Los Asentamientos Humanos en cambio, se forman a partir de la invasión de terrenos privados o del Estado, y son el patron de asentamiento de más de por lo menos el 60% de los residentes del distrito (otro 34% de los residentes afirma además haber comprado sus terrenos a otros 'invasores').

Con el paso de los años los Asentamientos Humanos pueden someterse a un planeamiento racional, acceder a servicios básicos de electricidad y agua y desagüe, y dejan entonces de llamarse Asentamientos Humanos para definirse como Urbanización Popular. Así, si bien se puede categorizar la diferencia entre

Asentamiento Humano y Urbanización Popular en función de sus orígenes, lo más corriente es encontrar que generalmente se considerará Asentamiento Humano a aquellos asentamientos recientes o antiguos ubicados en las laderas de los cerros que no tienen servicios básicos, cuyas viviendas no están construidas de material noble, generalmente de esteras, cartones y plástico y en el mejor de los casos parcialmente de madera. Los Asentamientos Humanos que se crean en los últimos años y que circundan las Urbanizaciones Populares si bien pueden deberse a recientes olas migratoria, en general son el fruto de la expansión de las mismas Urbanizaciones Populares: hijos de antiguos migrantes que constuyen nuevas familias, se independizan generalmente invadiendo algún terreno en las inmediaciones.

El presente estudio se realizó en una de las 5 Urbanizaciones Populares de Independencia, la Urbanización de Tahuantinsuyo, que con 35,000 habitantes es la segunda más poblada del distrito. Lo descrito hasta aquí caracteriza de manera adecuada Tahuantinsuyo, la única particularidad se refiere a la procedencia de su población que es mayoritariamente de la sierra del departamento de Ancash. Aunque Tahuantinsuyo es considerado una Urbanización Popular, al interior de ella se encuentran conjuntos de casas con características semejantes a la de los Asentamientos (ver Fotos N° 3 y N°4 en la página siguiente).

Igual que los barrios urbanos populares ubicados en ambos conos de la ciudad, Tahuantinsuyo tiene organizaciones populares organizadas generalmente por las mujeres para responder a las necesidades socioeconómicas comunitarias: Vasos de Leche, Clubes de Madres, Comedores Populares, Cunas o Wawawasis. De alguna manera todas estas organizaciones tienen su preocupación fundamental en la salud y alimentación de los niños. En general, existe un esfuerzo de centralización de las iniciativas de salud alrededor de comites y directivas de los asentamientos que plantean planes de trabajo convocando a representantes municipales y de los Ministerios de Salud y Educación que trabajan en la zona. La organización vecinal desde 1986 ha elegido Delegadas de Salud zonales que son los puntos de apoyo



Foto N°3 Sra. Mery con su hija Milagros de espaldas a la vista que aprecian desde su casa.



Foto N°4 Casa de la Sra. Mery en Tahuantinsuyo.

organizativos para cuanta iniciativa comunitaria se emprenda desde el Ministerio de Salud.

En general, las enfermedades más frecuentes atendidas en los servicios de salud en Independencia son las enfermedades transmisibles y las que comprometen a la población materna e infantil. Para su atención, se cuenta con un Hospital Materno-Infantil, 4 Centros de Salud y 3 Puestos de Salud. Tanhuantinsuyo cuenta con dos Centros de Salud uno de ellos recientemente recategorizado como Mini-Hospital.



## CAPITULO II

### MARCO CONCEPTUAL

#### 1. La desnutrición como construido cultural

A pesar de la existencia de un marco conceptual profesional respecto a determinantes de la desnutrición que integra factores socio-culturales, políticos y económicos, las intervenciones nutricionales educativas aún hoy tienden a privilegiar estrategias de intervención centradas en la relación biológica entre alimentación, salud y crecimiento. En este sentido, uno de los problemas que limitan fuertemente el éxito de intervenciones nutricionales se refiere a que ni las intervenciones ni el modelo profesional toman en cuenta los modelos populares de desnutrición infantil, que generalmente no la explican a partir de una relación biológica entre alimentación, salud y crecimiento (Dettwyler y Fishman 1992, McElroy y Townsend 1989, De Garine 1987, Launer y Habicht 1989)

The symptoms of toddler malnutrition such as gastrointestinal disease and wasting are not recognized emically in all cultures as related to the child's weaning diet. Some african cultures regard the core problem to be jealousy of a new baby brother or sister. The Spanish-speaking mestizos of highland Ecuador interpret the same symptoms ethnomedically as the result of a chill from a wind caused by evil spirits resident in certain places such as wells (McKee 1987). (McElroy y Townsend 1989:213)

Cassidy sugiere que la DPC tiene algunas características que son reconocidas universalmente, tanto a nivel de sintomatología como de epidemiología<sup>8</sup>. Sin embargo a nivel de etiologías, la explicaciones occidentales biomédicas son marcadamente diferentes de las etiologías no occidentales<sup>9</sup>. Estas últimas "ignore

---

<sup>8</sup> Según Cassidy, las culturas no occidentales reconocerían ciertas características de la piel (su color, llagas, el que se pele), del pelo (pérdida de color, fragilidad, caída), características comportamentales (retiro, pérdida de apetito, irritabilidad, desdicha, el que sea quejumbroso) y de crecimiento físico (pérdida de peso); así como ciertas características epidemiológicas (incremento de mortalidad al destete y cuando el niño empieza a caminar) como características de la desnutrición (1982:331).

<sup>9</sup> En realidad, hay algo de artificial en esta categorización occidentales -no occidentales, y aunque no avalo esta clasificación, utilizo la generalización de Cassidy en un sentido ciertamente anecdótico.

*diet, and focus instead on social relationships a child has with its siblings or parents, or that the family has with the larger society*" (1982:332). Estas ideas no-científicas que explican la desnutrición a partir de la consideración de relaciones sociales no son tomadas en cuenta seriamente por el modelo profesional, cuya tendencia histórica ha sido privilegiar los síntomas físicos sobre los comportamentales, y, en ese sentido, deshechar como válido el reconocimiento experiencial de la sintomatología comportamental en la búsqueda de una definición abstracta de la patología según una etiología biológica.

The similarity of symptomatology recognized worldwide indicates that there is a marked similarity of biological underpinning to the malfunction. It has been a major search of biomedicine to clarify this biological substratum; the outcome of the search has been the abstraction of the (shared) constellation of symptoms into an (unshared) biomedical disease category, *protein-energy malnutrition* (Cassidy 1982:329-331).

De esta manera, al abstraer la enfermedad como entidad biomédica, de la experiencia compleja de sus síntomas, la desnutrición se convierte en una entidad ajena a muchas culturas. Esto, entre otras características, le permite a Cassidy (1982) definir la DPE como un *culture bound syndrome* de origen occidental, pues cumpliría los cuatro criterios básicos siguientes:

- (1) A culture-bound syndrome cannot be understood apart from its specific cultural or subcultural context.. PEM is a concept developed in the 20<sup>th</sup> century using the world view, methodology and technology of Western biomedical science. Apart from this subcultural context, the concept cannot be readily understood or utilized because it draws upon a pool of scientific knowledge and biomedical method and technique that are not known not relevant to others
- (2) The etiology of a culture bound syndrome summarizes and symbolizes core meanings and behavioral norms of the culture. A series of ideas - such as future orientation, activism, individualism, the power of scientific methodology - are held in common by Western biomedical scientists as members of Western culture. These lead them to view illness in children as of more acute importance than illness in adults, to define illness in terms of individuals instead of groups, to believe that they can medically intervene and cure even outside of their own cultural milieu, and to believe that scientific biomedical knowledge is uniquely powerful and valuable.
- (3) Diagnosis of a culture-bound syndrome relies on culture specific technology as well as ideology. Diagnosis of PEM relies upon accepting nutrient and energy deficiency as a cause of malfunction. The application of technology - such as laboratory analysis of blood or urine nutrient levels, and weighting and measuring of children - serves to identify both the disease and its severity. Lay people may utilize neither the dietary ideology nor the diagnostic technology

- (4) Successful treatment of a culture-bound syndrome is accomplished only by participants in that culture. Treatment, which is primarily dietary, is most successful if the actors (caretakers, mothers, nurses...) understand the concepts of energy and nutrient deficiency and can apply this knowledge to the improvement of toddler diets. (Cassidy 1982:328-329)

Si bien, los cuatro puntos señalados por Cassidy son absolutamente pertinentes, esto más que comprobar que la DPC es un *culture-bound syndrome* argumenta en favor de algo más fundamental. Ni el discurso popular ni el discurso profesional en general, y respecto a la enfermedad en particular, son un reflejo perfecto de la naturaleza. Ambos son interpretaciones.

La maladie n'est donc pas une simple condition biologique plus ou moins fidèlement réfléchie dans les croyances locales concernant la santé qui produisent un comportement plus ou moins rationnel dans la maladie [...]. La maladie est mieux conçue comme un 'syndrome de l'expérience': 'un ensemble des mots, d'expériences et de sentiments qui généralement vont ensemble pour les membres d'une société'. (Good, 1993:23)

En este sentido, la limitante de eficacia de programas nutricionales no se refiere al hecho de que los modelos populares perciben el problema y la problemática nutricional a partir de otros signos o una temática explicativa diferente, sino fundamentalmente al hecho que los modelos profesionales emergen de una teoría del lenguaje que reifica la concepción de enfermedad y reduce la semántica médica a la función 'denotativa' del lenguaje, ignorando que los síntomas tienen sentido en relación a un sistema cultural, y que son las relaciones simbólicas las que median el conocimiento y la realidad.

## 2. La crítica de la antropología al paradigma empiricista en salud

En este sentido, si las realidades de la enfermedad son como dice Good "*autorisées et contestées dans les biographies personnelles et les institutions*" (1993:23), entonces, no es simplemente la existencia de las brechas entre los modelos popular y profesional lo que limita la eficacia de las intervenciones nutricionales. De manera más fundamental, es el autoritarismo de los modelos profesionales respecto a la desnutrición que se niegan a entenderse como construidos lo que limita el

verdadero diálogo y la comunicación. Esto es lo que Good define como la persistencia del paradigma empiricista o positivista en las ciencias del comportamiento: psicología médica, la sociología de la enfermedad, las ciencias del comportamiento aplicadas a la salud pública y la epidemiología (Good 1991:37).

Responses to illness that differ from that assumed rational from the physician's point of view are not simply the result of lack of information or "superstitions" (...) they are grounded in culture, a system of beliefs and practices which however variant from biomedicine has its own logical structure -a cultural logic - and serves adaptative functions that often go unnoticed. Thus, culture is asserted as a central feature of human response to illness, a feature largely ignored by the medical behavioral sciences, and this assertion has served as the source of a wide-ranging anthropological critique. (Good 1991:38)

Una contribución importante de la antropología en este sentido gira al rededor de propuesta de conceptos, nociones y teorías que proponen entender los modelos profesionales y populares como sistemas culturales, y más concretamente como sistemas semiológicos que definen signos en función de marcos interpretativos particulares que entonces permiten el diagnóstico y la acción. Esto implica entender al mismo tiempo las enfermedades como construidos culturales, y en este sentido entender que los sistemas médicos pueden considerarse como un sistema cultural en la medida en que se apoyan sobre un sistema de significados simbólicos que orientan los comportamientos, las acciones, la percepción y la apreciación del saber médico (Kleinman 1980). Definidos así los sistemas terapéuticos, como un conjunto de actividades relacionadas entre si, un conjunto de respuestas socialmente organizadas frente a la enfermedad y un conjunto de 'creencias' y de comportamientos gobernados por reglas culturales, inmediatamente la medicina occidental se convierte en uno de los muchos otros sistemas terapéuticos posibles.

Diversos autores han intentado definir estas reglas culturales o esquemas interpretativos subyacentes a la percepción de signos y a su interpretación. Kleinman (1980) propone los *Explanatory Models* o Modelos Explicativos como el conjunto de creencias o concepciones destinadas a explicar un episodio de enfermedad en función de su etiología, el momento y la modalidad de la manifestación de síntomas, la patofisiología, la evolución de la enfermedad y su

tratamiento. Según Kleinman preguntándose por este conjunto temático se puede acceder a la significación que toma para el individuo determinada experiencia de la enfermedad. Los Modelos Explicativos han sido muy criticados por no prestar atención a los factores no-cognitivos que estructuran los esquemas interpretativos (Young, 1981). En este sentido, otras nociones como aquella elaborada por Good (1977) de *Semantic Networks* o Redes Semánticas, definen los esquemas interpretativos a partir de la integración de elementos tanto cognitivos, afectivos como experienciales. Entender los esquemas interpretativos a partir de Redes Semánticas además permitiría salir de las explicaciones que da un individuo frente a un evento de enfermedad, para proponer cómo de manera más amplia las representaciones sociales son la materia básica de estos esquemas interpretativos.

En fin, proponiendo entender los sistemas médicos como plurales situados en el encuentro entre sistemas terapéuticos profesionales, populares y folk (Kleinman, 1980), las enfermedades como polisémicas (Kleinman 1980, Eisenberg 1977, Fabrega 1977, Young 1982) y una misma racionalidad cultural (semiológica) a la base de los modelos profesionales y populares (Good 1977, 1991, Good y Del Vecchio 1993, Corin et al 1990, 1993, Corin 1993), la antropología ha brindado las herramientas conceptuales necesarias para deconstruir el paradigma empiricista.

De manera general la antropología ha criticado sostenidamente este reduccionismo, evidenciando la necesidad de incorporar una reflexión sobre la cultura en cualquier empresa de desarrollo y de proceder de manera sensible a los contextos locales socioculturales. Sin embargo, trabajando en el marco de proyectos de salud pública, los antropólogos han situado su quehacer en una encrucijada. Investigando sobre características socio-culturales locales, han sido incapaces de retar la orientación empiricista básica de la salud pública, poniendo a disposición de gestores información valiosa para manipular mejor a las comunidades.

### 3. El manejo de los factores culturales y el papel de la antropología en salud pública

El reconocimiento progresivo de la cultura como elemento central de reflexión en toda empresa de desarrollo social ha sido uno de los aportes más importantes de la antropología. Siguiendo el balance que hace Massé (1995) respecto a la historia del reconocimiento de los factores socioculturales por los programas de salud pública, se podría afirmar que de las premisas etnocéntricas iniciales, existe hoy la comprensión del desarrollo social, como una empresa de cambio cultural.

Efectivamente, antes de los años 50 se concebían las intervenciones de cambio social y desarrollo a partir de dos premisas etnocéntricas. La primera suponía que la única medicina curativa y preventiva valedera es la occidental; y la segunda suponía que las personas de países subdesarrollados reconocerían inmediatamente los méritos y las ventajas de la medicina occidental. Este acercamiento entiende los beneficiarios como recipientes vacíos que basta llenar con conocimientos científicos que a su vez no compiten con ningún saber local, lo que Polgar (1963) definió como "fallacy of the empty vessel". La educación para la salud en este contexto se entendía como una forma de misionariado tradicional destinado a compartir la buena nueva a paganos. Hoy queda claro, que toda transferencia de conocimientos implica una relación conflictiva con la población beneficiaria. En este sentido, cualquier intervención que busca cambiar comportamientos compite con prácticas ancladas en la tradición y con valores profundos de grupo (Massé, 1995:59).

Sin embargo, no es fácil para los proyectos de desarrollo en general, o las intervenciones de educación en salud trabajar con un marco conceptual que conciba los objetivos de la intervención en términos de un cambio cultural. Incluso, si se reconocen las características culturales locales, éstas se suelen considerar en términos de "barreras", es decir, sólo en tanto obstáculos al desarrollo. Se cree en este sentido, que las poblaciones, deseando en el fondo los beneficios de la intervención, son frenadas por su cultura. Una perspectiva más moderna reconocería en cambio que el saber popular y los comportamientos de la población

funcionan como contextos ideológicos y comportamentales amplios en el que se pueden integrar acercamientos tradicionales y nuevos, redefiniendo así la cultura como estrategia, como “recurso potencial para el desarrollo” (Massé, 1995). Esto implicaría que si se quiere modificar comportamientos se debe consagrar menos energía en conocer eso que la gente no sabe o no hace y mayor energía en determinar los patrones culturales locales. Es en el marco de esta premisa es que se actualmente se daría la colaboración entre antropología y salud internacional, a partir de lo que Coreil define como el *‘insight model’*:

One in which knowledge and explanation of the cultural underpinnings of health-related phenomena are applied in a positive fashion to integrate new ideas and practices with what already exists and has meaning for populations being served. Researchers look for insights into how people think about health matters, how they make choices affecting their health, and how they evaluate variable outcomes in order to maximize congruence between health innovations and what is familiar and habitual. (Coreil 1990:13)

La investigación social desde este punto de vista es reconocida como requisito fundamental para el establecimiento de ‘puentes’ que faciliten el diálogo y la circulación de mensajes sanitarios de una cultura a otra. No se pretendería eliminar las creencias tradicionales para la apropiada transferencia de conocimientos médicos sino más bien intentaría utilizar de manera positiva las creencias populares para proponer estrategias de comunicación que sean integradas a las ideas y prácticas existentes y significativas para la población (Coreil y Mull 1990, Nichter y Nichter 1986, Nichter 1989; Nichter y Kendall 1991, Massé 1995, Yoddummern-Attig y cols. 1991). Un buen ejemplo de este modelo relacionado a la educación para la salud es la propuesta de Nichter (1989) respecto al uso de ‘analogías apropiadas’ para vehicular mensajes sanitarios.

Sin embargo, estos esfuerzos de antropólogos por proponer intervenciones en salud pública sensibles culturalmente, habiendo ciertamente aumentado la eficacia de las intervenciones, han situado el quehacer de la antropología en la asistencia a un paradigma de intervención tecnológica reduccionista que es incapaz de repensar las bases empiricistas de las empresas de desarrollo y cambio social que se proponen.



Much good can be done through such an approach, but enhancing the social marketing of specific public health interventions, no matter how beneficial we may think they are, may also be seen as being 'handmaidens' to medical and public health professionals -not unlike the role anthropologists are said to have played with colonial administrators some fifty years or more ago in Africa and Asia. The possible misuse of social marketing must be clear -finding the right buttons to push to make the natives jump, no matter how altruistic the intention - and the danger of its being used to manipulate populations. (Heggenhougen, 1993:284)

En el fondo, el conflicto de fondo se refiere al status de los resultados etnográficos y en este sentido, a la legitimidad de los modelos populares. Efectivamente, en general se sabe que *'officials are reluctant to endorse public health actions that appear to confer legitimacy to 'unorthodox' health beliefs, health behaviors, and health practitioners'* (Coreil 1990:18) . De hecho, el optimismo del *insight model* encuentra sus límites cuando los resultados de las investigaciones antropológicas muestran modelos populares que no son congruentes con aquellos profesionales, que entonces son descartados sin posibilidad de rehacer la agenda o los objetivos de las políticas en cuestión. Un ejemplo de esto es el trabajo realizado por Kendall, Foote y Martorell (1983), donde los resultados de la investigación etnográfica fueron descartados por el staff medico que dirigía el programa:

Initial ethnographic research was incorporated into the project, local categories for disease were part of campaign messages, and the description of the physical environment of the household developed by anthropologists was accepted as valid. At the same time, especially with regard to developing the intervention strategy and the goals for the campaign, the entire portrait provided by anthropology regarding local perception and treatment of diarrhea, and local concerns about ill health in general, was not really considered. When anthropological evidence clashed with the viewpoint of medical authorities and with evidence collected from other sources, the former was not considered to be of sufficient weight to change the implementation strategy. (Kendal 1989:289-290)

Efectivamente para los modelos profesionales el saber popular es parte de la ignorancia que no debe ser legitimada. Parcialmente por lo menos, los antropólogos no han podido dar este nivel de legitimidad al saber popular porque la etnografía se consideran una metodología 'soft'. Efectivamente, el estereotipo de los métodos antropológicos como suaves y sin rigor juega en contra de que se tomen sus resultados realmente en serio.



#### 4. Por una colaboración entre medidas cuantitativas y cualitativas a partir de un *recadrage anthropologique*

Criticando esta posición empiricista, Kleinman discute la dificultad que existe hoy en salud pública para incorporar en la construcción de los patrones poblacionales de morbilidad, la información antropológica, dada sus características profundamente cualitativas, locales y resistentes a la agregación (Kleinman 1995:69).

Kleinman comenta cómo las actuales mediciones de morbilidad son índices demasiado estrechos del sufrimiento humano, realidad que no se puede apropiarse sino a partir de un *modi operandi* que use de manera recíproca medidas cuantitativas y cualitativas, que insista tanto en la validez como en la confiabilidad, y que equilibre historia con epidemiología, y etnografía con el análisis de las políticas públicas (Kleinman 1995:90). Discutiendo sobre los argumentos de Sen (1994) respecto a la objetividad de ciertas observaciones en función de la posibilidad de estas de ser especificadas, y por lo tanto más accesibles que las apreciaciones subjetivas, Kleinman cuestiona el acceso privilegiado que pretende tener la ciencia hacia la realidad.

Why should the materialistic determination of pathology and its projection into prognosis predictions about the future be considered as more authentic or real than the culturally and personally positioned human expression of suffering in the exigency of the here-and-now? [...] Perhaps the goal for international health studies should be to combine just that degree of transpositionally objective reliability which can be achieved while still making feasible a high degree of interpositionality, experiential validity [...] Measurements will need to canvass meaning in context, social process, and historical event, and their relationship to health indexes. Such relational measures will require both "objective" and "subjective" information (Kleinman 1995:80-83)

Si toda observación profesional o popular, es posicionada, a decir, se funda en una perspectiva, en una matriz interpretativa, en un marco conceptual, la pertinencia de tales observaciones puede ser verificada no sólo en términos de confiabilidad sino también de validez. Una observación, variable o indicador puede ser especificado respecto a una matriz interpretativa, y esto puede hacerlo accesible en la medida en que esta matriz (cultura, definición, teoría, modelo, etc.) se comparte (en unos casos por medio de la explicitación racional y en otros por medio de la dinámica cultural

y la experiencia); y sin embargo, la matriz interpretativa no puede contener de manera definitiva todas las variables relevantes. Pensar en una 'objetividad tranposicional', que se construya en congruencia con "*all the relevant positional views*", es cuestionable en el sentido de que las observaciones al ser posicionadas, por definición reducen la realidad y dejan el espacio para dialogar respecto a lo que se considera o no relevante. Es por eso que verificar las observaciones a partir de la confiabilidad, no garantiza la pertinencia de las observaciones sino del procedimiento, y en ese sentido funda su legitiidad en la matriz interpretativa que generó la observación. La circularidad es evidente. La validez, a diferencia de la confiabilidad, verifica la observación discutiendo la matriz conceptual que la funda. En el sentido de validez, la única transposicionalidad posible es la de la continúa comparación de matrices interpretativas. A esto se refiere Kleinman cuando dice que:

Anthropologists strive for interpositional knowledge of a local world by comparing undersatandings of positiondparticipants. They also struggle to place their findings in a transpositiona professional discourse of academic writings, one that is external both to the local world of their informant and to their own institutional and cultural settings. What anthropologists seek to achieve, however, is notobjectivity of observation, but a multisided interpretation. Only because it includes multiple, situated interpretations can it be considered "transpositional". Translation of findings into what is more accurately called an interpositional discourse, furthermore, should be a final stage in anthropologists work, not a precommitment or initial move (Kleinman 1995:77).

Lo de fondo sin embargo, no son consideraciones metodológicas sino conceptuales que proponen que el planeamiento y la acción son posibles sólo a partir de la objetividad de los lineamientos racionales y técnicos. Esta idea que privilegia la objetividad de las mediciones racionales como único camino hacia la accion, es lo que Kleinman plantea junto con la idea de progreso como las bases morales de la profesión de salud pública internacional (p.85) . Al fin y al cabo es el posicionamiento de esta matriz interpretativa, que pretende definir la realidad como empresa racional, la que no se llega a cuestionar y pasa desapercibida en muchas intervenciones de salud pública.

En los últimos años, sin embargo, el empiricismo de la salud pública ha empezado a ser directamente cuestionado. Un ejemplo concreto de esto es la discusión respecto a los determinantes de la salud en Canadá. En el fondo, esta es una discusión que gira en función de la validez de los resultados y cuestiona la 'relevancia' de lo considerado como 'perspectivas relevantes', más allá de la cientificidad de procedimiento.

The assumption appears to be that better ("objective", "scientific") knowledge alone (i.e. epidemiological evidence to support the contention that health care does not produce health) will lead to a more "rational" allocation of societal resources. It is our contention however, that knowledge is but one input into the political decision-making process, and often a minimal one at that (Rich and Goldsmith, 1983). We argue that knowledge production is socially and historically situated, and not the dispassionate production of "objective" knowledge that the author implicitly claim [...] The theoretical underpinnings of the analysis are hidden behind a veil of ostensible "objectivity" that accompanies empiricist quantitative epidemiology [...](Poland et al. 1998:792)

Efectivamente, si lo que se percibe como realidad es parcialmente construido, si los marcos teóricos no son el simple reflejo de lo que existe 'ahí afuera' en la realidad sino que son ellos mismos construido socialmente parcialmente explicitados, los autores proponen que *"it is in fact, not possible to approach any topic without having some perspective, or theoretical assumptions, implicit or explicit, and that these are vital in the shaping of what is 'seen' when one 'does science'"* (Poland et al. 1998:792). Las implicancias son que la investigación científica lejos de ser neutra, debe entenderse en el marco de intereses y marcos interpretativos respecto a la sociedad, el cambio social, etc.

En el mismo sentido, durante mucho tiempo se pensó en los interventores como mediadores neutros cuya "competencia técnica" garantiza la calidad de sus servicios. La experiencia ha demostrado la necesidad de reconocer las premisas sociales, culturales y psicológicas de las propias organizaciones y de los profesionales interventores (Massé 1995).

Respecto a las intervenciones nutricionales, en la última década se ha dado un nuevo énfasis para entender y lidiar con las realidades administrativas,

organizativas, económicas y políticas relacionadas a las intervenciones nutricionales (Pines 1987). Sin embargo esto se entiende como un esfuerzo de ser "realistas" y no es una verdadera decentramiento de objetivos. En el mismo sentido, la participación comunitaria como estrategia para garantizar la eficacia de los programas reivindicando a los sujetos y comunidades 'beneficiarios' capaces de identificar sus problemas y negociar su futuro, no logra competir con una agenda establecida a priori a partir de 'conocimientos científicos (médicos o epidemiológico) no negociables.

Si hoy es una axioma en desarrollo social el que *"approaches which do not necessarily result from such an alliance -from working "with the people" (Gish,1979)- may work to some degree and for a period of time, but in the long run their impact will be limited"* (Heggenhougen y Pedersen 1997:825), lo cierto es que pocas intervenciones toman verdaderamente en serio las implicancias de tal propuesta. La necesidad de establecer alianzas con la población debería modificar de manera sustancial tanto el proceso de planeamiento de intervenciones de cambio social, como las metodologías de intervención y de evaluación, y el papel de los antropólogos en las empresas de desarrollo. En principio, tomar en cuenta la población implica cierto descentramiento de objetivos a priori y en muchos casos la exigencia de intervenciones más globales que además de tomar en cuenta determinantes de la salud (condiciones socio-económicas, contexto político, etc), se cuestionen sobre la definición émica de la problemática, y en este sentido incluyan 'evidencia' cualitativa. De alguna manera se exigen intervenciones cada vez más participativas, promocionales y sistémicas. En este mismo sentido, el papel del antropólogo debería cambiar de énfasis del cambio de las comunidades a como se puede influenciar el comportamiento burocrático y como se puede reducir el dominio profesional lo que Donahue define como conseguir un balance entre intereses profesionales y comunitarios (1990:90)

De esta manera, los caminos hacia la acción, los marcos lógicos de la intervenciones deberían poder tomar en serio los modelos populares y esto sólo es posible si se

deconstruyen los intereses y marcos interpretativos de los modelos profesionales. Sin embargo, deconstruir los marcos interpretativos implica poner en relieve tanto la tensión como la complementareidad entre medidas cuantitativas e investigaciones cualitativas que vehiculizen experiencias y saberes comunitarios, legitimando éstos como un camino hacia la acción racional.

En este sentido, y frente al reto de reformas estructurales en el sistema de atención de salud en Quebec, Corin et al.(1990) discuten la necesidad de repensar los problemas sociales en el marco de una “filosofía social global” que tome en serio la necesaria adaptación sociocultural de los servicios de salud. Esta adaptación sociocultural pasa según los autores por reconocer la necesaria complementareidad entre las medidas epidemiológicas, objetivas y estandarizadas, y los estudios antropológicos.

La complementareidad, entre epidemiología y antropología, puede entenderse en el sentido que la epidemiología al establecer el conjunto de factores que intervienen y definen la problemática, pone en evidencia ciertos nudos problemáticos que entonces los estudios antropológicos o sociales pueden aclarar y explicar (Corin et al. 1990:42). Esta propuesta de complementareidad define de alguna manera la epidemiología como la ciencia que *“provides a model for asserting the role of anthropology in research on health and illness and for assessing the role of social and cultural factors in health and disease”* (True 1990:299).

Es esta perspectiva la que define generalmente la complementareidad entre la epidemiología y la antropología nutricional (ver capítulo 1, acápite 1.4): una definición que sostiene que la problemática puede ser sólo definida a partir de un acercamiento positivista de a la realidad, un modelo que entiende que los datos antropológicos no pueden sino ser anecdóticos respecto a una agenda de investigación y de acción definida a partir de modelos científicos que se fundamentan en un paradigma cuantitativo, un modelo, en fin, que propone que la

problemática y la agenda correspondiente siempre debe ser el privilegio de modelos profesionales.

Frente a esta primera opción de complementareidad *'par approfondissement spécifique'* el equipo de Corin plantea una segunda propuesta o definición de complementareidad a partir de un *'recadrage radical de toute démarche conduisant à l'identification des problèmes spécifiques à une communauté humaine particulière'* (1990:43). Esto, que implica una complementareidad en la cual los modelos populares sean definiciones legítimas de la problemática, establece ciertamente que un *"recadrage anthropologique ne peut se faire que sur l'arrière-fond d'une modification substantielle des modèles conceptuels prévalentes et qu'à travers la mise au point d'une méthode qui donne accès au contexte socioculturel de construction des problèmes de santé"* (Corin et al. 1990:43). Es a partir de estas consideraciones que el equipo de Corin desarrolla un marco teórico conceptual que propone privilegiar la consulta directa con la población con el fin de hacer aparecer las definiciones locales, o lo que ellos denominan los sistemas de signos, significados y acciones respecto a los problemas de salud mental.

## 5. Sistemas de signos, significados y acciones

En el marco de una preocupación por adaptar los servicios de salud mental del Quebec a las particularidades de los contextos sociales y culturales, Corin et al.(1990) proponen un *'recadrage anthropologique'* que pasa en un primer momento por dejar de lado las definiciones profesionales de la enfermedad y centrarse en la descripción popular de los problemas: *"la communauté est donc présente au départ à travers la manière dont elle identifie, décrit et nomme ses propres problèmes de santé ou, plus précisément encore, à travers la sémiologie populaire ou ce que l'on appelle ici le système de signes"* (p.43).

Entendiendo que el ser humano está situado en un ambiente de signos que resultan perceptibles y significativos, dado un marco de referencia sociocultural que permite

identificarlos, nombrarlos y por lo mismo marcar una discontinuidad entre lo que de otra manera permanece oculto, los signos tienen una significación en el marco de esquemas interpretativos socioculturales de la realidad. En este sentido, los sistemas de signos deben entenderse en el marco de sistemas de significados que Corin et al. propone como un segundo momento de *recadrage anthropologique*, a decir, "*recenser les modèles dominants d'explication des problèmes qui ont cours dans la communauté et à restituer ceux-ci sur l'arrière-fond des systèmes interprétatifs auxquels la communauté a couramment recours pour donner sens aux différentes réalités de son univers quotidien*" (p.43).<sup>10</sup>

A partir de estas premisas, Corin et al. llevan adelante una investigación respecto a la relación entre las semiologías de tres culturas al interior de Abitibi respecto a los problemas de salud mental. El proyecto demostró para cada caso concreto que existe una continuidad entre la manera como la comunidad construye sus problemas de salud, y los procedimientos que ella desarrolla para resolverlos, es decir, entre los sistemas de signos, significaciones y acciones (Corin et al. 1990).

Efectivamente, un postulado fundamental de este '*recadrage anthropologique*' fue que la manera como un individuo identifica e interpreta los problemas que él vive o aquellos que él encuentra en su entorno está influenciado por los modelos semiológicos e interpretativos dominantes de su medio. De esta manera, se evidencia la necesidad de explorar los idiomas culturales por los cuales los procesos de salud y enfermedad son construidos al interior de una comunidad específica, para luego poder entender las acciones consecuentes, tanto los comportamientos preventivos como los itinerarios terapéuticos y los procesos de búsqueda de ayuda.

L'hypothèse a la base de cette démarche est que l'ensemble des perceptions et des représentations relatifs aux problèmes de santé se reflète directement dans les réactions et dans les actions qu'ils

---

<sup>10</sup> La propuesta de *recadrage antropologique* propone dos otros niveles, el primero de ellos es la consulta con la comunidad para determinar la importancia relativa o la 'saillance' de los diferentes tipos de problemas, mientras que el otro exigiría explicar los problemas definidos como más salientes en un medio particular en el marco de una etnografía profunda que permita relacionar tal saliencia a dispositivos patogénicos estructurales que modelan las dinámicas sociales y las características dominantes de la cultura (Corin et al. 1990:43-45).

suscitent et influence notamment la place accordée aux ressources professionnelles dans un univers plus large de recherche de solutions. Faute d'en tenir compte, on risque de mettre en place des programmes et services ne rejoignant pas vraiment les populations visées et demeurant en porte-à-faux par rapport à leur attentes. (Corin et al. 1990:19)

Todo lo señalado anteriormente, a lo largo del marco conceptual argumenta en favor de esta perspectiva de trabajo, en favor de un *recadrage anthropologique* que permita legitimar la investigación antropológica y los modelos populares respecto a los problemas de salud y enfermedad. En fin, esta perspectiva propone la necesidad de investigar sobre los elementos semiológicos e interpretativos locales a fin de garantizar políticas de salud eficaces, que entonces deben definirse de manera sensible a los contextos locales socioculturales. En el marco del planeamiento de una intervención educativa nutricional, tal orientación exige dejar de lado las definiciones profesionales y descubrir el conjunto de signos y significados a partir de los cuales la comunidad de Tahuantinsuyo define el problema y la problemática de la nutrición infantil.



### CAPITULO III

#### DISEÑO Y METODOLOGIA

El marco metodológico que se utilizó en la presente investigación se basó en los desarrollos de las corrientes interpretativas y de la etnoepidemiología, particularmente los trabajos de Ellen Corin (1990,1993), Gilles Bibeau (1993, 1994) Byron Good (1977, 1994), Good y Del Vecchio (1993), y Arthur Kleinman (1980, 1995).

Las nociones y los planteamientos propuestos por Corin et al. (1990), a los que se hizo referencia en el capítulo anterior, se concretaron en una estrategia metodológica que consideré particularmente consistente con los objetivos del presente estudio y que inspiró el diseño del presente estudio. Corin et al. (1990) reelaboraron la metodología que Murphy (1982) había propuesto para retratar la prevalencia de problemas psiquiátricos en varias ciudades francófonas y anglófonas del Canadá. Para tal fin, Murphy había entrevistado informantes clave en cada comunidad, pidiéndoles identificaran los casos conocidos de problemas psiquiátricos, que luego serían ubicados para confirmar su sintomatología. Para evocar los casos, Murphy elaboró en un lenguaje sencillo descripciones comportamentales que correspondían a la simptomatología principal relacionada a problemas psiquiátricos. Retomando la idea central de confiar en informantes clave y registros comportamentales para identificar los casos, Corin et al. (1990) propusieron una metodología que permitía evidenciar la percepción comunitaria respecto de la relevancia diferencial de los diversos problemas de salud mental. Efectivamente, a diferencia de Murphy, a ellos no les interesó una referencia de prevalencia sino más bien *“mettre en évidence les caractéristiques et le fonctionnement de ce qu'on pourrait appeler une sémiologie populaire”* (Corin et al. 1990:120).

Una premisa fundamental de esta metodología, destinada a describir la semiología popular relacionada a los problemas de salud mental , fue mapear el campo de la

“anormalidad” comportamental y emocional evitando imponer demarcaciones ajenas a las propias comunidades (Corin et al. 1993:130-131). Esto, sin embargo, entraba en tensión con la perspectiva comparativa de su propuesta, que exigía descripciones que fueran conceptualmente equivalentes. El equipo de Corin solucionó la tensión entre respetar la categorización étnica y al mismo tiempo garantizar un marco conceptual ético que permitiera la comparación transcultural, definiendo el campo semántico de la salud mental a partir de diez ‘categorías iniciales’ que los autores presumieron de pertinencia universal en vista de los estudios de Essex y Gosling 1983 y Murphy 1965 (Corin et al. 1993:130). Estas categorías fueron complementadas por otras que emergieron luego de un estudio exploratorio. En él se preguntó a informantes sobre las SITUACIONES y \*términos asociados a la ‘locura’, que entonces se definió como la categoría evocadora. Si bien este estudio exploratorio buscaba identificar los términos y expresiones locales que tradujeran las 10 categorías iniciales en un lenguaje local sencillo y construir así registros o viñetas comportamentales comprensibles; al mismo tiempo, las entrevistas permitieron identificar categorías comportamentales específicas a los contextos que no estaban incluidas en las categorías inicialmente propuestas.

Otra premisa fundamental en el estudio de Corin et al. (1990), se refiere al hecho que la semiología popular o ambiente semántico de reacciones y comportamientos concretos no es fácil de estudiar en la medida en que no está constituida por representaciones explícitas y conscientes que las personas podrían exponer respondiendo a cuestionarios. Según los autores, este espacio semántico es más bien una "matriz implícita y estructurante" subyacente al discurso y al comportamiento que sería necesario entender allí donde aflora más naturalmente: en su aplicación a la lectura y a la comprensión de casos reales (1990:55). En consistencia con esto, ya establecidas las categorías y elaborados los registros, los autores propusieron finalmente, a los informantes clave reconocer a partir de los registros casos

concretos conocidos que coincidan con estas descripciones. Es a partir del análisis de estos relatos que se describen las semiología populares en Abitibi.<sup>11</sup>

El objetivo planteado, en relación al problema nutricional, a decir, la exploración de la semiología popular de la desnutrición, fue consistente con el estudio de Corin et al. : las categorías éticas de peso y talla, cuya relevancia local me interesaba estudiar, podían postularse como universales, aun cuando era la relevancia local de estas categorías éticas o signos antropométricos lo que se pretendía explorar. Sin embargo, a diferencia de Corin et al. que definieron un campo semántico a priori en relación a las 10 categorías iniciales supuestamente universales, en el presente estudio la definición del campo semántico émico de la desnutrición era en si un objetivo de la investigación. Efectivamente, se buscaba evitar imponer una demarcación ajena a un espacio émico que podía mapear la realidad de manera diferente, y en este sentido definir la problemática misma en términos no isomórficos con la definición profesional. Esta diferencia implicó que lo que Corin et al.(1990) definieron como un estudio exploratorio que no hacía parte del análisis propiamente dicho, -pues buscaba identificar la terminología local para expresar las 10 categorías iniciales de problemas mentales y evaluar la necesidad de introducir alguna otra categoría que siendo relevante localmente no era traducida en ninguna de las categorías iniciales-, fuera en la presente investigación la estrategia metodológica principal<sup>12</sup> para mapear el campo semántico popular de la desnutrición infantil en Tahuantinsuyo.

---

<sup>11</sup> La propuesta conceptual y metodológica de Corin et al.(1990) es mucho más compleja y algunos párrafos no pueden hacerle justicia. En efecto, sólo he retomado los puntos que considero importantes como apoyo para explicar la estrategia metodológica seguida en la presente investigación y al mismo tiempo reconocer que el trabajo en Abitibi ha sido una inspiración fundamental.

<sup>12</sup> Aunque inicialmente se planteó construir como parte de la estrategia metodológica original registros a partir de la descripción de los \*términos recogidos en el estudio exploratorio, pronto se evidenciaron problemas de diseño. Construidos 15 registros o signos, se llegaron a aplicar algunas entrevistas que sin embargo evidenciaron que los registros no evocaban relatos de casos con problemas. Cuando identificaban un caso relacionado a un registro o signo, las entrevistadas describían muchas veces estos registros como características y no como problemas. Efectivamente al fragmentar las descripciones de los \*términos que obtuvimos en el estudio exploratorio, y no respetar la configuración semiológica al origen de las descripciones, los relatos que se obtuvieron no hicieron

Para la definición del campo semántico popular de la desnutrición, me pareció entonces conveniente hacer un *détour* metodológico, y propuse mapear el campo émico de la desnutrición infantil preguntando por un campo semántico más amplio, el de desarrollo infantil. De esta manera, la categoría evocadora no coincidió con la categoría de estudio, pues aunque se buscaba explorar el campo semántico de la desnutrición infantil, se mapeo esta problemática al interior del campo semántico de desarrollo infantil.

## 1. Definición de la categoría evocadora

Escoger un término como categoría evocadora a partir de la cual sonsacar en el estudio un primer mapeo del campo semántico relacionado a los problemas de nutrición infantil, no es una elección poco problemática. Evocar los relatos a partir de una u otra categoría implicaba efectivamente hacer una demarcación inicial que podía violentar el campo émico de dichos problemas.

Para el estudio sobre la semiología popular de la desnutrición, retomé la idea fundamental de problematizar la pertinencia de la definición profesional de desnutrición y preocuparme por describir el campo semántico popular respetando las demarcaciones émicas. Lo primero entonces, fue identificar una categoría de problemas que me permitiera obtener los campos semánticos émicos asociados a lo que desde la perspectiva profesional constituye el problema de la desnutrición. En efecto, la desnutrición como problema profesional hace referencia no sólo a

---

referencia a niños con problemas. Igualmente, la guía se mostró inadecuada pues había sido elaborada para preguntar respecto a niños que eran casos de preocupación, de manera consistente con el objetivo de la investigación que era describir los sistemas de signos, significados relacionados a los problemas de alimentación y salud. Aunque ciertamente la información recogida es interesante y permite analizar ciertos signos en el marco de un continuo de normalidad y anormalidad infantil, no se podía arriesgar el no dar una respuesta concreta a los objetivos de la investigación en el marco de un proyecto con limitaciones estrechas de tiempo y recursos. Esto, junto con mis dudas respecto a la validez de los registros construidos, hizo que decidiera entonces modificar el diseño. En vez de proponer la reconstrucción de casos a partir de los registros, decidí sonsacar estos relatos a partir de la referencia a los \*terminos.

problemas de alimentación, sino también a problemas de salud infantil, y un conjunto de otros determinantes (ver Esquema N°1). Sin embargo, queda claro que lo que define a la nutrición propiamente como un problema particular al interior de una problemática más amplia de desarrollo infantil son las causas definidas en el Modelo UNICEF como inmediatas, a decir, la alimentación y la salud infantil. En este sentido, la semiología profesional de la desnutrición propiamente dicha se define por la asociación de estas dos temáticas.

Para identificar el campo semántico popular relacionado a la desnutrición era evidente que no se podía tomar por sentado que existiera el término 'desnutrición' o que éste hiciera referencia a la misma categoría de problemas definidos en el modelo profesional. Por esta razón, no se podía tomar por sentado que la temática asociada en el modelo profesional fuera mapeada de la misma manera en el modelo popular. De hecho, no se sabía si la comunidad de Tahuantinsuyo establecía una relación entre problemas de alimentación y problemas de salud y entre estos problemas y los otros determinantes del modelo profesional. ¿Cómo ubicar entonces una categoría evocadora que permita acceder a la terminología local y al mapeo émico de campos semánticos que den cuenta de lo que desde el modelo profesional se define como desnutrición infantil?

Pareció necesario en ese sentido que la categoría evocadora a utilizarse tendría que hacer referencia a una problemática que contuviera el modelo profesional de la desnutrición y que al mismo tiempo permitiera evocar otros problemas infantiles. Se decidió entonces que una categoría evocadora como 'desarrollo infantil' garantizaría que las demarcaciones respecto a los problemas de alimentación o salud infantil fueran espontáneas y no inducidas. Esta categoría permitía efectivamente evocar los problemas relacionados a la desnutrición en el marco de otros problemas que afectan igualmente el desarrollo infantil, sin tener que definir a priori la realidad local de la categoría desnutrición. Este *détour* metodológico fue importante porque permitía al mismo tiempo identificar la relevancia local de los problemas asociados a la desnutrición respecto a otros que podían no estar considerados en la definición

profesional de la desnutrición. De hecho, al empezar el estudio no se sabía si los problemas de alimentación y salud iban a ser mencionados por las entrevistadas.

Ubicada la categoría evocadora, el paso siguiente fue validar el término 'desarrollo infantil' para asegurár que sea de uso corriente en la comunidad. Para esto me asesoré de personal de salud trabajando en la zona y de agentes comunitarios. Igualmente, realicé 5 entrevistas con mujeres que reconocieron fácilmente la categoría y la explicaron en términos consistentes a mis propósitos. Validada la categoría evocadora, quedó claro que investigar respecto al desarrollo infantil, era un *détour* necesario para garantizar una descripción émica legítima de lo que el modelo profesional define como la problemática de la desnutrición.

Por otro lado, decidí investigar por los problemas de desarrollo infantil de niños menores de 3 años de manera de obtener información respecto al rango etareo de mayor preocupación nutricional según el modelo profesional (ver capítulo 1 acápite 1.2.1).

## **2. Diseño y estrategia metodológica**

El estudio consistió en la realización de entrevistas semiestructuradas para las que contó con la colaboración en campo de 4 antropólogas que durante los meses de setiembre y octubre de 1997 realizaron entrevistas a las mujeres de Tahuantinsuyo<sup>13</sup>. Habiendo dividido áreas de trabajo dentro de Tahuantinsuyo, de manera de cubrir tanto Asentamientos Humanos como Urbanizaciones Populares, durante estos dos meses además de entrevistar, estas antropólogas pasaron todos los días conviviendo con familias que se ubicaron inicialmente como informantes clave. Así, las entrevistas han sido obtenidas en el marco de un contacto concreto en cada barrio sea con un Comedor Popular, una guardería (Wawawasi) o la relación con alguna familia. Estos puntos de referencia facilitaron enormemente el trabajo de entrevista

---

<sup>13</sup> Las antropólogas participaron en general en la Investigación Formativa del Nuevo Panfar, y en este sentido, recogieron más información de la que se analiza en el presente documento.

que se dió generalmente a partir de referencias de vecina en vecina en el marco de una convivencia más amplia en el barrio. Habiendo trabajado desde 1996 en Independencia en el marco de otras investigaciones, hice seguimiento del trabajo de las 4 antropólogas al mismo tiempo que realicé 10 de las 50 entrevistas.

Los criterios de inclusión para seleccionar a las entrevistadas consistieron en tener un niño menor de tres años a su cuidado, no ser trabajadoras de salud o comunitarias y haber vivido en el distrito por más de 10 años. La muestra no fue calculada a priori sino que se basó en la evaluación del punto de saturación. Efectivamente, cuando las descripciones se empezaron a repetir y nuevas entrevistas no añadían nuevas referencias, se consideró que el cuerpo de entrevistas era suficiente.

Todas las entrevistas fueron grabadas con previa autorización de las entrevistadas y duraron entre 40 minutos y 4 horas, muchas veces fruto de varias visitas. Todas las entrevistas fueron transcritas y luego analizadas con la ayuda del programa de análisis de textos cualitativos Atlas-ti.<sup>14</sup>

El estudio supuso 2 etapas con dos formatos diferentes de entrevistas (ver Anexo N°1) cada una con objetivos particulares que a continuación paso a detallar.

## 2.1 Primera etapa: entrevistas extensivas

En las entrevistas extensivas se preguntó a las entrevistadas por “las SITUACIONES que hacen que un niño, desde que nace hasta que tiene 3 años, no desarrollen bien”<sup>15</sup>. Las SITUACIONES definían la temática que las entrevistadas

---

<sup>14</sup> Atlas-ti es un programa de análisis de datos cualitativos desarrollado en Alemania por Thomas Muhr y el Scientific Software Development. El programa ha sido desarrollado parcialmente a partir de la *Grounded Theory*. Según Anselm Strauss, el programa es capaz de generar sistemáticamente teoría “*through the interplay of the researcher's brains and skills with the data; and Grounded Theory methods because many of these had been incorporated into the Atlas program*” (Strauss 1997:1).

<sup>15</sup> Se preguntó por el “no buen desarrollo” porque consideré que la categoría evocadora así fraseada suponía un rango mayor de problemas pues no sólo incluía los problemas que

relacionaban de manera causal a los problemas de desarrollo infantil. Listadas las SITUACIONES se pedía a la entrevistada que refiriera, para cada SITUACION mencionada, si en la comunidad había algún nombre con el cual se referían a los niños que sufrían de este problema. Estos nombres o \*términos eran así listados para cada SITUACION. Luego se retomaba cada \*término y se preguntaba a la entrevistada que describiera a grandes rasgos cómo son esos niños a los que se les llama por el TERMINO indicado (ver Anexo I).

Así, los objetivos de la primera etapa de pre-encuestas fueron definidos de la siguiente manera:

1. Describir el campo semántico popular relacionado al 'no buen desarrollo infantil'
  - Identificar las SITUACIONES que la comunidad relaciona significativamente al 'no buen desarrollo infantil'
  - Identificar los \*términos asociados a cada SITUACION
2. Identificar el campo semántico de la desnutrición infantil
3. Identificar los signos físicos, psicológicos e interpersonales asociados al \*término más relevante de este campo semántico

Así se entrevistó a 50 mujeres. El conjunto de \*términos Y SITUACIONES mapeó el campo émico del 'no buen desarrollo infantil'. Teniendo este campo semántico como referencia, luego de un primer análisis, se identificó el campo semántico que corresponde a lo que desde el modelo profesional se define como la problemática de la desnutrición infantil. Identificado el campo semántico de la desnutrición infantil, se evidenció la relevancia del \*término 'desnutrido' para este campo semántico. Las descripciones de las entrevistadas caracterizando a los niños 'desnutridos' fueron analizadas de manera de evidenciar la semiología popular, es decir, el conjunto de signos físicos y comportamentales que definen para las entrevistadas en Tahuantinsuyo la semiología de la desnutrición.

---

llevan a un 'mal desarrollo' sino también aquellos que lo dificultan y limitan, sin que tengan



## 2.2 Segunda etapa: reconstrucción de casos de desnutridos

Para explicar la configuración semiológica evidenciada a partir de la caracterización de los niños desnutridos por las participantes en el estudio, se retomó la premisa de Corin et al. (1990) respecto a la necesidad de que ésta sea leída a partir de la discusión de casos concretos. Así se decidió profundizar respecto a los esquemas interpretativos relacionados a la semiología de desnutrición infantil a partir de la reconstrucción de 12 casos concretos de desnutridos.

Evidenciada la centralidad del \*término 'desnutrido' en el campo semántico de la desnutrición infantil, se volvió a 12 de aquellas entrevistadas que habían sugerido este \*término. Se volvió a entrevistar a aquellas cuyas descripciones habían sido más detalladas. Se les pidió que describieran un caso concreto de desnutrido que hubieran visto en su entorno cercano. Se preguntó para cada caso sobre el inicio y la evolución del problema, los nombres que se le dan al problema, las explicaciones e interpretaciones, la percepción de la gravedad, las reacciones de los familiares y el entorno y los procesos de búsqueda de ayuda.

## CAPITULO IV

### ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Para describir los resultados de la investigación se seguirá el orden siguiente. En un primer momento se describirá el campo semántico popular del desarrollo infantil, de manera de ubicar en él los problemas de alimentación y salud infantil, problemas que según el modelo profesional definen la problemática de la desnutrición infantil. Ubicado el campo semántico popular de la desnutrición infantil se discutirán las características de la particular definición de la problemática hecha por las entrevistadas en Tahuantinsuyo. En un segundo momento, se retomarán las descripciones respecto a los niños desnutridos y se reconstruirá la semiología popular, a decir, el sistema de signos que las entrevistadas reconocen como relevantes para describir a los niños desnutridos, y el conjunto de significados que explican la configuración particular de estos signos.

Antes de presentar los resultados, es necesario definir brevemente algunas categorías de datos, y esbozar a grandes rasgos los diferentes niveles de análisis, de manera de establecer un esquema que permita tener una idea general de lo que se irá explicando en detalle a lo largo del capítulo.

Los datos obtenidos a partir de los comentarios de las entrevistadas han sido agrupados en tres categorías de datos: SITUACIONES, \*términos y ~signos. Las SITUACIONES se refieren a los problemas identificados por las entrevistadas como causas del 'no buen desarrollo infantil' (ver Anexo I, Guía 1, pregunta 1). Las SITUACIONES referidas se identifican a lo largo del texto con las mayúsculas. Los \*términos son los nombres que según las entrevistadas se utilizan corrientemente en Tahuantinsuyo para llamar a los niños que sufren de alguna de alguna SITUACION (ver Anexo I, Guía 1, pregunta 2). La notación de los \*términos es siempre la palabra en minúscula antecedida por un asterisco. Finalmente, los ~signos se identifican con las minúsculas y una negación al inicio de la palabra. Estos ~signos se refieren a las

descripciones realizadas por las entrevistadas cuando se les preguntó por las características de los niños desnutridos (ver Anexo I, Guía 1, preguntas 3, 4 y 5).

Respecto a las etapas analíticas, inicialmente se codificó las SITUACIONES y \*términos, y se relacionaron entre sí, tal y como habían sido mencionados por las entrevistadas. Es decir, las SITUACIONES se relacionaron entre sí a partir de la correspondencia lexical de los \*términos, que al haber sido mencionados en relación a diferentes SITUACIONES, permitieron construir cadenas asociativas de SITUACIONES y \*términos. Un análisis posterior de los comentarios que identificaban las SITUACIONES permitió relacionarlas entre sí, ya no sólo en tanto tuvieran el mismo \*término como mediador, sino a partir de un análisis de contenido, que complementó así las primeras cadenas asociativas. El conjunto de cadenas asociativas estableció el campo semántico local del 'no buen desarrollo infantil', y a partir de él, se identificó el campo semántico de la desnutrición infantil. En un tercer momento, se analizó el \*término que se mostró como central al campo semántico de desnutrición infantil (\*desnutrido). Se codificaron entonces los ~signos físicos, psicológicos o interpersonales que refirieron las entrevistadas al describir las características de los niños \*desnutridos. A partir de esto, se obtuvieron frecuencias respecto a cuántas veces fue mencionado cada ~signo. Las descripciones de los ~signos además fueron analizadas de manera de establecer relaciones significativas entre ellas. Estas dieron lugar a cadenas asociativas semiológicas que se explican a partir de lo que se define como conectividad o fuerza de asociación entre ~signos. Tanto la frecuencia como la conectividad definieron la semiología popular de la desnutrición, en el marco de la cual se discutieron la relevancia de los ~signos antropométricos. Finalmente para discutir los esquemas interpretativos a la base de la configuración semiológica encontrada, se analizaron las reconstrucciones de casos, que permitieron proponer algunas nociones claves como explicativas de la configuración semántica y semiológica popular de la desnutrición infantil.

## 1. El campo semántico popular del desarrollo infantil

Cuando se preguntó a las 50 entrevistadas por las SITUACIONES que causan que un niño no se desarrolle bien, ellas hicieron referencia a 105 SITUACIONES que fueron codificadas en 44 SITUACIONES diferentes (ver Cuadro I).

Cuadro I LISTA DE CODIGOS DE \*\*SITUACIONES (105-44)

1. **CUANDO ES HIJO UNICO {1-2}	24. **MONGOLISMO {1-2}
2. **HUERFANO {1-2}	25. **FALTA DE COMUNICACION {1-4}
3. **FALTA DE ESTIMULACION DE LA MADRE {1-2}	26. **PROBLEMAS EN EL HOGAR {5-7}
4. **BRONCONEUMONIA {2-2}	27. **NUTRICION {1-2}
5. **FALTA DE ESTIMULACION {2-4}	28. **LOS LLEVAN A LA CUNA MUY CHICOS {2-1}
6. **DESCUIDO DE PADRES" {2-3}	29. **DESCUIDO GESTANTE {1-1}
7. **DESCUIDO DE LA MADRE" {8-4}~	30. **TOMAR ANTIBIOTICOS {2-5}
8. **CUIDADO {3-2}	31. **CUANDO LA MAMA NO QUIERE TENER EL BEBE {2-3}
9. **FALTA DE ALIMENTACION {15-9}	32. **MALA GESTACION {1-4}
10. **MALA ALIMENTACION {12-10}	33. **NO PARTO NORMAL {1-2}
11. **CUANDO NO ESTUVO BIEN FORMADO {1-2}	34. **MALTRATO DE LA MADRE {2-4}
12. **PADRES NO SE ASESORAN POR PSICOLOGO {1-2}	35. **FALTA DE AMOR DE LOS PADRES {1-3}
13. **CUANDO SE CAE MUCHO {2-2}	36. **MALA ALIMENTACION DE GESTANTE {2-3}
14. **RECREACION {1-2}	37. **CUANDO SON RETRAZADOS MENTALES {1-3}~
15. **LA LIMPIEZA {4-9}	38. **NO BUENA ALIMENTACION {4-10}
16. **INFLUENCIA DE PADRES {2-3}	39. **PROBLEMAS FAMILIARES {3-4}~
17. **NO BUENA ORIENTACION {1-5}	40. **PELEAS EN EL HOGAR {2-1}
18. **ASPECTO SOCIAL EN EL HOGAR {2-4}	41. **ALIMENTACION {15-11}
19. **SITUACION ECONOMICA {8-9}	42. **FALTA DE CARINO Y ATENCION {2-4}
20. **EL AMBIENTE DONDE VIVE {10-7}	43. **MALTRATO DE LOS PADRES {3-5}
21. **FALTA DE CONTROL MEDICO {3-6}	44. **NO PECHO MATERNO {5-6}
22. **ENFERMEDAD {11-11}	
23. **ALIMENTACION BALANCEADA {1-4}	

En el cuadro, se puede notar que cada uno de los códigos está acompañado de un corchete. En estos corchetes hay siempre dos números separados por un guión. El primero indica la cantidad de comentarios asociados al código, mientras el segundo indica el número de códigos que están asociados significativamente al código en cuestión. Esta asociación significativa refiere que los códigos están relacionados en una red semántica elaborada de acuerdo a análisis precisos que serán descritos más adelante<sup>16</sup>. Así, por ejemplo, para el código **\*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR**<sup>17</sup> {5-7},

<sup>16</sup> Las redes semánticas en algunos casos son fruto de un análisis lexemático, en otros de un análisis de contenido de los comentarios, y en otros fruto de un análisis narrativo.

<sup>17</sup> Los dos asteriscos y las mayúsculas se utilizan para hacer referencia a cualquiera de las SITUACIONES hasta aquí definidas.

esta nomenclatura nos permite saber que este código tiene asociadas 5 comentarios, y que además, esta SITUACION codificada como \*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR, está relacionada a 7 otros códigos. Los comentarios son concretamente las citas extraídas de las entrevistas que dieron lugar a cada código (ver Anexo II para un ejemplo de los comentarios y redes semánticas elaboradas con la ayuda de Atlas/ti).

Para esta primera codificación (Cuadro I) se tuvo mucho cuidado en respetar el fraseo de la entrevistada. Así, por ejemplo, si ellas hicieron referencia a \*\*MALA ALIMENTACION, se consideró ésta como una SITUACION diferente tanto a \*\*NO BUENA ALIMENTACION como a \*\*FALTA DE ALIMENTACION. De esta manera, la primera codificación simplemente agrupa las SITUACIONES a partir de la equivalencia de los términos utilizados por las entrevistadas.

Así agrupadas, son estas 44 SITUACIONES las que evidencian la problemática o campo semántico popular relacionado al 'no buen desarrollo infantil', explicitando lo que en Tahuantinsuyo se propone como la temática relevante, es decir, ubicando los temas que se definen de manera significativa como problemas para el buen desarrollo infantil.

Como se señaló anteriormente, la metodología planteada buscó mapear dentro de la problemática de desarrollo infantil, el campo semántico de la desnutrición infantil (los problemas de alimentación y salud infantil), partiendo de la organización émica de las categorías de problemas asociados espontáneamente. En este sentido, obtenidas las SITUACIONES, y por lo tanto, la temática relevante al desarrollo infantil, el paso siguiente es describir cómo está estructurada esta temática. Para esto, no basta simplemente agrupar todo lo relacionado a alimentación, o todo lo relacionado a salud y establecer fronteras que no necesariamente corresponden a una demarcación émica.

Una primera manera de establecer una organización entre las 44 SITUACIONES, que respete y permita aflorar las delimitaciones émicas, a decir, los campos

semánticos, consiste en relacionar las SITUACIONES a partir de la correspondencia de \*términos asociados. Se asume en este sentido, que si existe un \*término popular para referirse a una problemática infantil, que a su vez hace referencia a un conjunto de SITUACIONES, es la asociación de SITUACIONES a \*términos lo que configura los campos semánticos. Efectivamente, el que del conjunto de entrevistas se evidencie la asociación de un mismo \*término con diversas SITUACIONES, implica que este conjunto de SITUACIONES tiene una unidad y en ese sentido constituye un campo semántico émico.

Luego de pedir a las entrevistadas que definan las SITUACIONES, se les preguntó por la manera en la que se llamaba a los niños que sufren de los problemas que la entrevistada había definido inicialmente como SITUACION. Las entrevistadas en su conjunto identificaron 36 \*términos que se describen en el Cuadro II.

Cuadro II LISTA DE CODIGOS DE \*términos

1. *abandonado	19. *mal alimentado
2. *afligidos	20. *malformado
3. *anémico	21. *malnutrido
4. *apestoso	22. *maltratado
5. *bajo de peso	23. *mongolito
6. *cochino	24. *muerto de hambre
7. *con síndrome de down	25. *pobres
8. *débil	26. *prematureo
9. *debilucho	27. *raquítico
10. *delicados de salud	28. *retardado
11. *desamparado	29. *retraído
12. *desaseado	30. *retraso
13. *desnutrido	31. *retrazo personal
14. *enfermito	32. *sucio
15. *engreídos	33. *tebeciano
16. *flaquito	34. *tímido
17. *golosos	35. *traumados
18. *inválidos	36. *tuberculoso

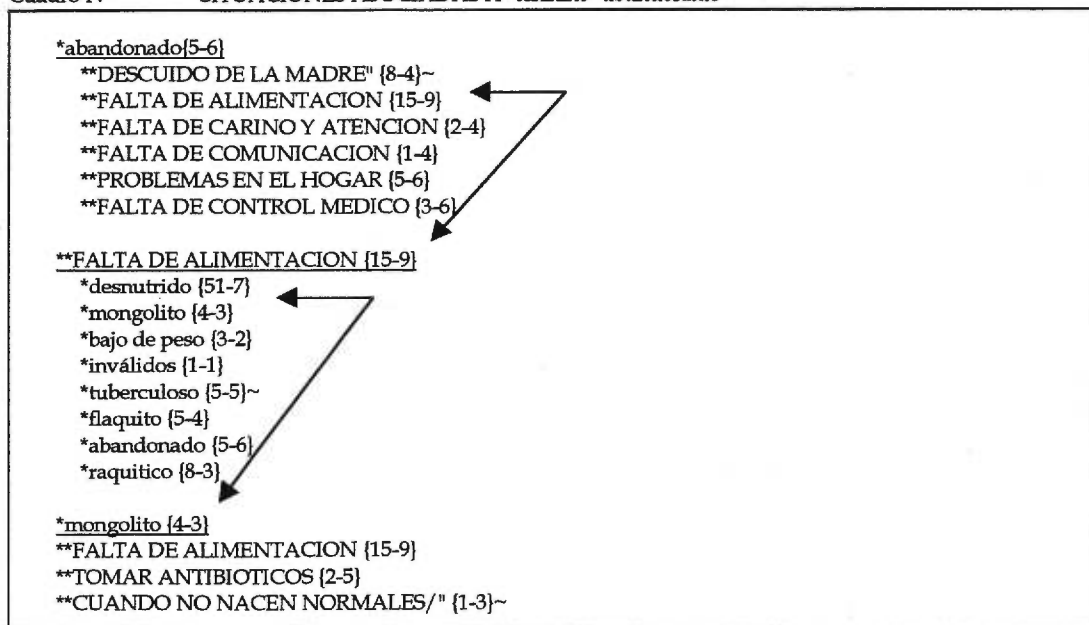
La función con la que se estableció la relación entre SITUACION y \*término fue la siguiente: “al niño que tiene \*\*SITUACION se le llama \*término”. Por ejemplo, para la SITUACION \*\*ALIMENTACION, las entrevistadas reconocieron 7 \*términos que según ellas se utilizan corrientemente para llamar a los niños que tienen problemas de \*ALIMENTACION (ver Cuadro III).

Cuadro III \*términos ASOCIADOS A \*\*ALIMENTACION

<p>**ALIMENTACION          &lt;al que tiene.... se le llama&gt; *anemico          &lt;al que tiene.... se le llama&gt; *debil          &lt;al que tiene.... se le llama&gt; *desnutrido          &lt;al que tiene.... se le llama&gt; *muerto de hambre          &lt;al que tiene.... se le llama&gt; *raquitico          &lt;al que tiene.... se le llama&gt; *tebeciano          &lt;al que tiene.... se le llama&gt; *tuberculoso</p>
--

En la medida en que diferentes entrevistadas identificaron los mismos \*términos en relación a diferentes SITUACIONES, los \*términos permitieron relacionar las SITUACIONES en cadenas asociativas. Así por ejemplo, tal como lo muestra el Cuadro IV, el \*término \*abandonado hace referencia a 6 SITUACIONES: \*\*DESCUIDO DE LA MADRE, \*\*FALTA DE ALIMENTACION, \*\*FALTA DE CARIÑO Y ATENCION, \*\*FALTA DE COMUNICACION, \*\*FALTA DE CONTROL MEDICO, y \*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR. A su vez, cada una de estas SITUACIONES tiene asociados otros \*términos. Por ejemplo, \*\*FALTA DE ALIMENTACION, que es una de las SITUACIONES asociada a \*abandonado, se asocia al mismo tiempo a otros 8 \*términos, cada uno de los cuales puede estar asociado a su vez a otras SITUACIONES, como en el caso de \*mongolito, que se asocia a otras dos SITUACIONES aparte de \*\*FALTA DE ALIMENTACION. Las cadenas asociativas empiezan entonces a formarse a partir de la relación de \*términos a SITUACIONES, que a su vez se relacionan a otros \*términos, que a su vez están asociados a otras SITUACIONES y así sucesivamente hasta agotar las relaciones. (Para un listado completo de asociaciones entre SITUACIONES y \*términos referirse al Anexo III).

Cuadro IV SITUACIONES ASOCIADAS A \*término \*abandonado



Los \*términos obtenidos en las entrevistas permiten así relacionar estas 44 SITUACIONES en 7 redes semánticas que en su conjunto definen el campo semántico relacionado a los problemas de desarrollo infantil. Estas redes semánticas constituyen cada una redes independientes, es decir, no comparten entre si ningún \*término común. Las SITUACIONES que definen estas 7 redes semánticas son \*\*CUANDO NO ESTUVO BIEN FORMADO, \*\*CUANDO ES HIJO UNICO, \*\*LA LIMIPEZA, \*\*MONGOLISMO, \*\*PROBLEMAS FAMILIARES, \*\*SITUACION ECONOMICA y \*\*FALTA DE ALIMENTACION (ver Anexo IV)<sup>18</sup>.

Sin considerar la relación de las SITUACIONES al código ficticio \*\*SITUACIONES<sup>19</sup>, sólo el campo de \*\*FALTA DE ALIMENTACION se relaciona a

<sup>18</sup> Aparte de estas redes semánticas organizadas a partir de la coincidencia de \*términos, las entrevistadas mencionaron otras SITUACIONES que no constituyen redes, en la medida en que las entrevistadas no reconocieron ningún \*término asociado a ellas. Estas SITUACIONES son las siguientes: \*\*HUERFANOS, \*\*BRONCONEUMONIA, \*\*FALTA DE ESTIMULACION, \*\*CUANDO SE CAE MUCHO, \*\*DESCUIDO GESTANTE, \*\*CUANDO LA MAMA NO QUIERE TENER EL BEBE, y \*\*NO PARTO NORMAL.

<sup>19</sup> Efectivamente, todas as SITUACIONES están conectadas entre si a partir de un código ficticio \*\*SITUACIONES. Es por eso que las SITUACIONES siempre tienen por lo menos una conectividad igual a 1. En el mismo sentido, el número que indica la conectividad en los corchetes de cada SITUACION es igual al número de \*términos y SITUACIONES asociadas a él más uno.



otras SITUACIONES. De hecho, la fuerte conectividad de esta SITUACION, a decir: su relación con otras 17 SITUACIONES y 23 \*términos, convierte esta organización de SITUACIONES y \*términos en la red semántica central de la definición de problemas de desarrollo infantil en Tahuantinsuyo (ver Cuadro V).

Cuadro V CONECTIVIDAD DE LAS REDES SEMÁNTICAS

CAMPOS SEMANTICOS	CONECTIVIDAD	
	SITUACIONES	*términos
**FALTA DE ALIMENTACION	17	26
**CUANDO ES HIJO UNICO	1	1
**CUANDO NO ESTUVO BIEN FORMADO	1	1
**LA LIMPEZA	1	4
**SITUACION ECONOMICA	1	1
**MONGOLISMO	1	1
**PROBLEMAS FAMILIARES	1	2

### 1.1 La Red Semántica \*\*FALTA DE ALIMENTACION

Esta red semántica incluye 3 cadenas asociativas principales relacionadas entre si a través de la SITUACION \*\*FALTA DE ALIMENTACION: una alrededor de la noción de \*desnutrido (ver Esquema N°2), otra en relación a \*abandonado (ver Esquema N°3), y finalmente aquella de \*mongolito (ver Esquema N°4).


#### 1.1.1 Cadena Asociativa de \*desnutrido


Como se evidencia en el Esquema N°2, \*desnutrido tiene asociadas 48 citas y está relacionado a 6 SITUACIONES. Estas 48 citas, hacen referencia a 33 entrevistadas que dijeron que a los niños que sufren de problemas de \*\*ALIMENTACION, \*\*ALIMENTACION BALANCEADA, \*\*FALTA DE ALIMENTACION, \*\*MALA ALIMENTACION, \*\*MALA ALIMENTACION DE GESTANTE, o \*NO BUENA ALIMENTACION, se les llama \*desnutridos (ver Esquema N°2).


Otros \*términos centrales a esta cadena asociativa son \*anémico, \*tuberculoso, \*raquítico y \*bajo de peso, cada uno de ellos relacionando 5, 5, 3 y 2 de las 6 SITUACIONES respectivamente. La conectividad, o fuerza de asociación entre códigos, debe ser interpretada de manera proporcional a la centralidad de la noción


## ESQUEMA N°2


 \*\*DES


 \*\*FAL

 \*\*PRC


 \*\*FAL


 \*\*FAL

 \*\*CUANDO NO NA  
(1-3)~

 \*\*TOMAR ANTIBIO

 \*\*M  
(2-3)

 \*muerto de hambre

 \*tebeciano (1-1)





respecto de la cadena asociativa descrita. De hecho, es claramente \*desnutrido, dada su fuerte conectividad, el organizador de esta cadena, que por ese mismo motivo lleva su nombre.

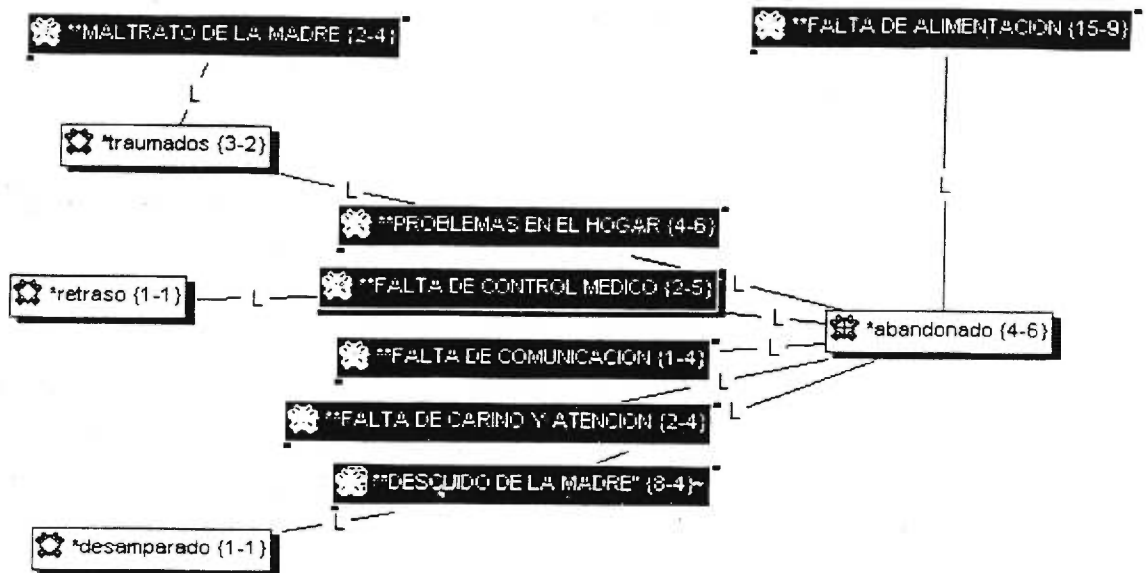
Sin embargo, la centralidad del \*término \*desnutrido en esta cadena, no se demuestra tan sólo por su fuerte conectividad. Los 48 comentarios asociados a \*desnutrido fueron obtenidos de 33 de las 50 entrevistadas. Ningún otro \*término, ni siquiera aquellos relacionados a otras cadenas asociativas o redes semánticas, ha sido comentado por más de 4 entrevistadas.

La cadena asociativa \*desnutrido tal y como se describe antes, además está relacionado a 2 otras SITUACIONES de manera indirecta. La primera relación indirecta se da a través del \*término \*flaquito que hace referencia según 5 entrevistadas a niños con problemas de \*\*MALA ALIMENTACION y de \*\*NO BUENA ALIMENTACION . Este mismo \*término \*flaquito, también hace referencia a los niños que sufren de \*\*NO PECHO MATERNO, que entonces se incluye en la cadena asociativa \*desnutrido. La segunda relación indirecta es aquella relacionada a la SITUACION \*\*ENFERMEDAD, que algunas entrevistadas relacionaron con \*anémico y \*debil. Finalmente, la tercera relación indirecta es la de \*\*NUTRICION. Efectivamente, a los niños que sufren de problemas de \*\*NUTRICION, algunas entrevistadas denominaron \*malnutridos, el mismo \*término que otras usaron para denominar a los niños con problemas de \*\*MALA ALIMENTACION.

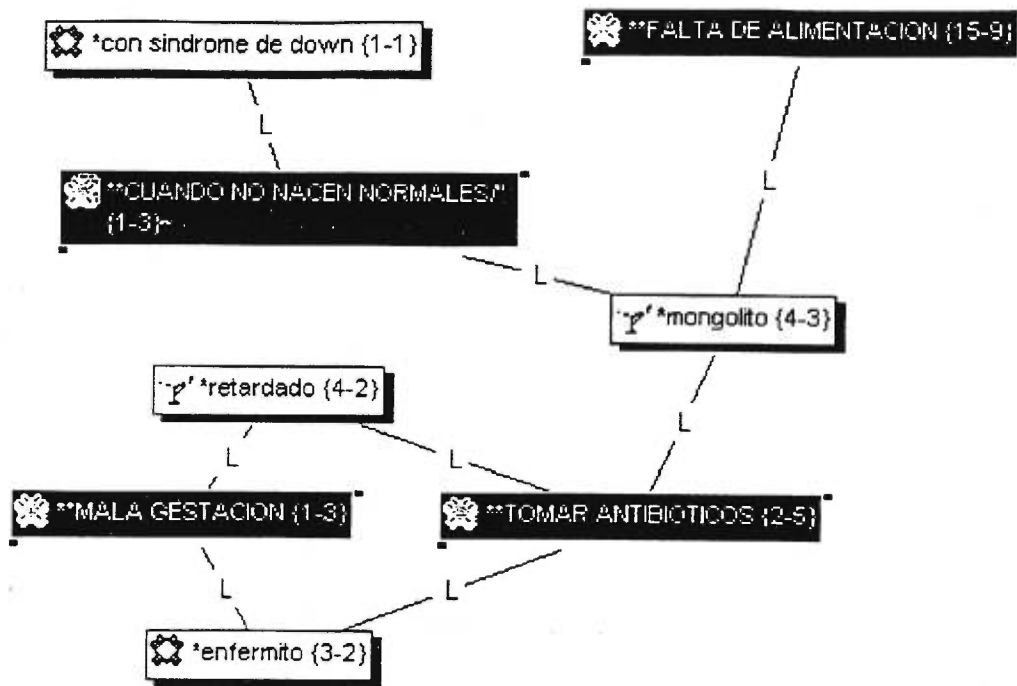
Así incluidas estas tres SITUACIONES, a decir: \*\*NO PECHO MATERNO, \*\*ENFERMEDAD y \*\*NUTRICION, la cadena asociativa\*desnutrido aparece

## ESQUEMA N°3

## CADENA ASOCIATIVA DE \*abandonado



ESQUEMA N°4 CADENA ASOCIATIVA DE \*mongolito



conformada por 9 SITUACIONES, 8 de las cuales hacen referencia explícita a los alimentos, y una a problemas de salud infantil.

### 1.1.2 Cadena Asociativa de \*abandonado

Como se evidencia en el Esquema N°3 Cadena Asociativa de \*abandonado, \*abandonado tiene asociadas 4 citas y está relacionado a 6 SITUACIONES. Estas 4 citas, hacen referencia a 4 entrevistadas que dijeron que a los niños que sufren de problemas de \*\*FALTA DE CONTROL MEDICO, \*\*FALTA DE DEDICACION DE LA MADRE, \*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR, \*\*FALTA DE COMUNICACION, \*\*FALTA DE CARIÑO Y ATENCION, \*\*DESCUIDO DE LA MADRE y \*\*FALTA DE ALIMENTACION, se les llama \*abandonados.

### 1.1.3 Cadena Asociativa de \*mongolito

En el Esquema N°4 se puede observar que \*mongolito tiene 4 citas, que corresponden a 3 entrevistas. En ellas, las entrevistadas relacionan el \*término \*mongolito a dos SITUACIONES: \*\*TOMAR ANTIBIOTICOS y \*\*CUANDO NO NACEN NORMALES. Igual que con la cadena asociativa de \*desnutrido, indirectamente, a través de los \*términos \*retardado y \*enfermito, la SITUACION \*\*MALA GESTACION se incorpora a la cadena de \*mongolito.

De manera interesante, las tres cadenas asociativas antes mencionadas entran en relación gracias a la SITUACION \*\*FALTA DE ALIMENTO. Si el *detour* metodológico que justificó la referencia al desarrollo infantil como categoría evocadora se hizo con la finalidad de evitar imponer delimitaciones ajenas a un mapeo émico del campo semántico popular de la desnutrición infantil; a partir de los datos presentados hasta aquí podría concluirse que la cadena asociativa de \*desnutrido corresponde a las temáticas profesionales de alimentación y salud infantil. Sin embargo, esto sería violentar las delimitación émica del campo semántico de la desnutrición infantil, en la medida en que el mapeo émico plantea

como significativa la relación entre la cadena asociativa \*desnutrido y dos otras: las cadenas asociativas de \*abandonado y \*mongolito. Para aclarar la relación entre estas tres redes cuya relación se convierte en una interrogante principal a resolver para delimitar el campo émico de la desnutrición infantil, se procedió a un segundo nivel de análisis de los relatos.

Cuando se les preguntó a las entrevistadas por las SITUACIONES que causaban un 'no buen desarrollo infantil', ellas evidentemente no respondieron simplemente con un par de palabras como parecería indicar la codificación de SITUACIONES. En la mayoría de casos, las entrevistadas comentaron siempre la SITUACION, explicando a lo que se referían, cómo se producía o las consecuencias concretas que traía dicha SITUACION para el desarrollo infantil. Estos comentarios fueron también sujeto de análisis, y a partir de ellos se desarrolló una red semántica que aunque ciertamente desdibujó las fronteras entre las redes semánticas antes señaladas, explicó las relaciones entre ellas a partir de nociones que antes no fueron evidentes.

Por otro lado, este análisis permitió incluir en el nuevo campo semántico, las otras 6 redes semánticas, así como aquellas otras SITUACIONES que al no haber hecho referencia a \*términos, no habían sido integradas en ninguna red semántica.

## 1.2 La Red Semántica \*\*\*DESCUIDO

Los comentarios respecto a las SITUACIONES fueron segmentados y luego analizados para cada SITUACION. De alguna manera, este análisis permitió definir el campo semántico de cada SITUACION. Efectivamente, si el primer análisis había relacionado simplemente la terminología, los comentarios permitían asociar las SITUACIONES a partir de su significación en el marco de un comentario narrativo. Así, fruto del análisis de estos comentarios se desarrolló una red semántica, cuya noción organizadora emergente fue la de \*\*\*DESCUIDO (ver Esquema N°5).

Para analizar estos comentarios, primeramente fueron resumidos en un cuadro Excell. Quedó claro inmediatamente que los comentarios desdibujaban los márgenes tan claros entre las 3 cadenas asociativas de la red semántica **\*\*FALTA DE ALIMENTACION**. Efectivamente, en los comentarios respecto a una SITUACION **\*\*A**, las entrevistadas hacen referencia a SITUACIONES **\*\*B**, **\*\*C** y **\*\*D**, sea como causas, consecuencias o descripción de la SITUACION. A continuación se presentan dos ejemplos al respecto.

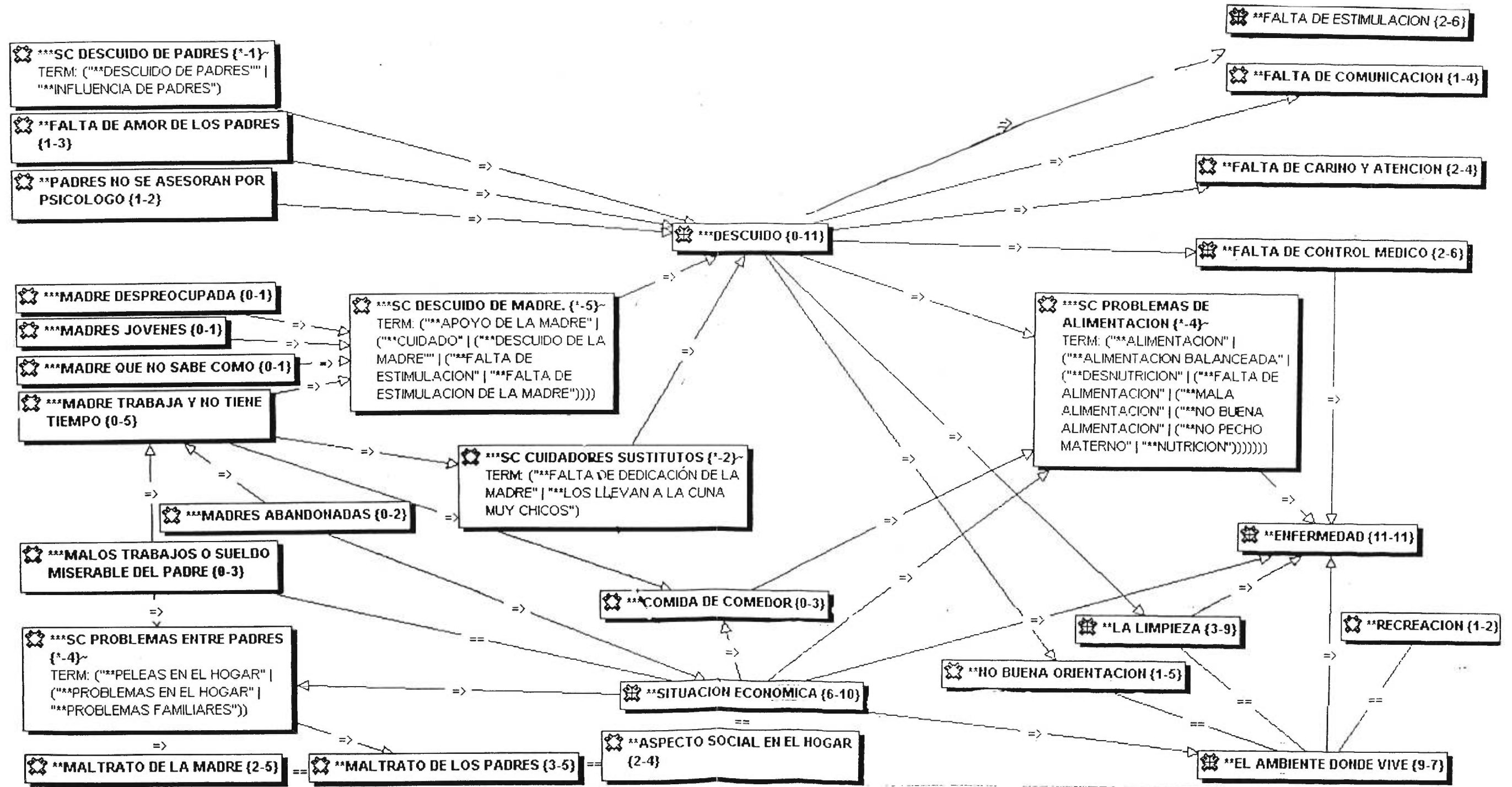
*"Todo es la situación económica. Si ellos tuvieran..., si los padres tuvieran buenos trabajos, los niños tendrían mejor educación, mejor alimentación, mejores viviendas, ¿no?, [tendrían] todo. En todo aspecto influye la situación económica". P13: F1-PAL1.txt - 13:7 (104:111)*

En este comentario, si bien la SITUACION fue codificada como **\*\*SITUACION ECONOMICA**, sin embargo, la entrevistada hace referencia a la falta de buenos trabajos como causa de los problemas económicos, e identifica como consecuencias significativas, la educación de los niños, la alimentación y la calidad de la vivienda. Lo que para esta entrevistada es una consecuencia, algunas otras la señalaron como SITUACION, a decir: **\*\*ALIMENTACION** y **\*\*EL AMBIENTE DONDE VIVE** por ejemplo. Se plantean en este sentido relaciones entre SITUACIONES que de manera espontánea las entrevistadas realizaron, sea interpretando la SITUACION o explicándola en términos causales.

De hecho, el fraseo de la pregunta sobre "las situaciones que causan un 'no buen desarrollo infantil', hacía referencia a una explicación causal. Al identificar diversas SITUACIONES las entrevistadas situaron este nivel de causalidad en un continuo, haciendo referencia a causas y consecuencias de la misma SITUACION, y proponiendo así espacios intermedios de causalidad que mediaban otras causas o SITUACIONES. En otros casos, los comentarios identifican una SITUACION con otras, no en términos causales sino de equivalentes.



ESQUEMA N°5 RED SEMANTICA \*\*\*DESCUIDO



Por otro lado, las entrevistadas también hicieron referencia a SITUACIONES que no habían sido mencionadas como tales por otras entrevistadas, y que en ese sentido, no existían como códigos (\*\*SITUACIONES). En muchos de los comentarios se repitió como causa o consecuencia de otras SITUACIONES el que la madre trabaja, o el que el padre no gana lo suficiente o no consigue trabajo, o que las madres son abandonadas, o que son jóvenes, o que son despreocupadas, o que la comida del comedor es mala, etc. Estos temas son centrales en los comentarios y sin embargo no podían explicitarse en las cadenas asociativas porque no estaban codificadas como SITUACIONES.

En este sentido, para explicitar estas relaciones causales se decidió crear SITUACIONES a partir del análisis de los comentarios. Estas SITUACIONES fueron codificadas con tres asteriscos iniciales, y fueron las siguientes: \*\*\*COMIDA DE COMEDOR, \*\*\*CUIDADO NO DE LA MADRE, \*\*\*DESCUIDO, \*\*\*MADRE DESPREOCUPADA, \*\*\*MADRE QUE NO SABE COMO, \*\*\*MADRE TRABAJA Y NO TIENE TIEMPO, \*\*\*MADRES ABANDONADAS, \*\*\*MADRES JOVENES, \*\*\*MALOS TRATOS O SUELDO MISERABLE DEL PADRE .

Finalmente, el análisis detallado de los comentarios permitió también encontrar que, al analizar los espacios semánticos de cada SITUACION, a pesar de la terminología o el fraseo diferente, varias SITUACIONES hacían referencia a una misma categoría de problemas. En estos casos, se recodificó estas SITUACIONES en Super Códigos que fueron finalmente aquellos que se muestran en el Cuadro VI.

Como resultado de estas decisiones, emerge la red semántica de \*\*\*DESCUIDO como organizador de la semiología popular relacionada al 'no buen desarrollo infantil'. Lo fundamental de esta organización de SITUACIONES, es que evidencia que las cadenas asociativas \*desnutrido y \*abandonado están integrados en una noción mayor de \*\*\*DESCUIDO que plantea las necesidades infantiles de alimentación, educación, alimentación, cariño, orientación, higiene, salud como un todo. De manera secundaria y menos consistente, la cadena asociativa \*mongolito

se integra a la red semántica \*\*\*DESCUIDO relacionado los problemas de gestación y cuidado a lo que las entrevistadas identificaron como “no desarrollar la mentalidad”.

Cuadro VI Descripción de Super Códigos

SUPER CODIGOS	CODIGOS ASOCIADOS
**SC PROBLEMAS ENTRE PADRES	(**PELEAS EN EL HOGAR + **PROBLEMAS EN EL HOGAR + ***PROBLEMAS FAMILIARES)
**SC DESCUIDO DE LA MADRE	(**APOYO DE LA MADRE + **CUIDADO + **DESCUIDO DE LA MADRE + **FALTA DE ESTIMULACION + **FALTA DE ESTIMULACION DE LA MADRE)
**SC DESCUIDO DE PADRES	(**DESCUIDO DE PADRES + **INFLUENCIA DE PADRES)
**SC CUIDADORES SUBSTITUTOS	(**FALTA DE DEDICACION DE LA MADRE + **LOS LLEVAN A LA CUNA MUY CHICOS)
**SC PROBLEMAS DE ALIMENTACION	(**ALIMENTACION + **ALIMENTACION BALANCEADA + **DESNUTRICION + **FALTA DE ALIMENTACION + **MALA ALIMENTACION + **NO BUENA ALIMENTACION + **NO PECHO MATERNO + **NUTRICION)
**SC MALTRATO	(**MALTRATO DE LA MADRE + **MALTRATO DE LOS PADRES)
**SC PROBLEMAS DE GESTACION	[**CUANDO LA MAMA NO QUIERE TENER AL BEBE + **CUANDO NO ESTUVI BIEN FORMADO + **DESCUIDO DE GESTANTE + **NO PARTO NORMAL + **MALA GESTACION + **TOMAR ANTIBIOTICOS]
**SC NO DESARROLLA SU MENTALIDAD <sup>20</sup>	[**CUANDO NO NACEN NORMALES]

### 1.2.1 La relación entre las cadenas asociativas \*desnutrido y \*abandonado en la red semántica \*\*\*DESCUIDO.

Tal como se señaló antes, las SITUACIONES que están organizadas en las cadenas asociativas \*desnutrido y \*abandonado, se integran en esta noción mayor de \*\*\*CUIDADO que entonces plantea las necesidades infantiles de alimentación, educación, alimentación, cariño, orientación, higiene, salud como un todo. Efectivamente, tal como se muestra en el Esquema N°5, \*\*\*DESCUIDO es definido

<sup>20</sup> Este Supercódigo aunque no integra varias SITUACIONES, describe de manera más adecuada la significación asociada a \*\*CUANDO NO NACEN NORMALES, permitiendo así comentar de manera más clara la red semántica \*mongolito, tal como se explica en el acápite

por las entrevistadas como la **\*\*FALTA DE COMUNICACION, \*\*FALTA DE CARÍÑO Y ATENCION, \*\*FALTA DE CONTROL MEDICO, \*\*\*PROBLEMAS DE ALIMENTACION, \*\*LA LIMPIEZA, \*\*NO BUENA ORIENTACION, \*\*FALTA DE ESTIMULACION**<sup>21</sup>. **\*\*\*DESCUIDO** definido así a partir de este conjunto de necesidades de los niños, se plantea como una noción que incorpora una problemática tanto física como psicosocial. Es este cuidado, físico y psicosocial, en su conjunto, el que se problematiza en los comentarios de la mayoría de SITUACIONES relacionadas al 'no buen desarrollo infantil'.

*"Hay que cuidarles pues ¿no?, porque ése es el deber de una mamá: alimentarlos, cuidarles y guiarles por buen camino". P45: F3-PAL1.txt - 45:26 (450:454)*

*"Yo pienso que la madre tiene que cuidarlo bastante, tenerlo limpiecito, darle su leche para que se desarrolle bien. Lo opuesto [es] tenerlo descuidado: no asearlo, tenerlo en la calle, no darle su comida a sus horas, no ponerle importancia". P 9: F1-ANA7.txt - 9:1 (4:8)*

*"[la situación que causa el 'no buen desarrollo infantil' es la] mala alimentación. Pongamos que hay muchos niños que los crían con una taza de té, una taza de té no es alimento. Un pan ¿qué es? Aunque sea pobremente su kuaquer, su mazamorra de trigo, más que sea es un alimento, ¿no? algo les llena, ¿pero un té?, ¡qué les va a llenar!, una taza de hierba ¡qué les va a alimentar! Y por eso es que éso es descuido de los padres, ¿no?, porque los niños no saben. [...]. Por eso es que a los niños les da esas enfermedades". P40: F3-ANA2.txt - 40:36 (339:353)*

*"[la situación que causa el 'no buen desarrollo infantil' es la] falta de cariño ¿no? falta de cariño, falta de atención, descuido, mala alimentación tal vez también [...] El alimento también [es otra situación], a veces [está] sin atenciones ese niño, ¿no? Entonces yo creo que, ahí es lo que debe ya... ya pues siente, porque es lo único que podemos darle, [no podemos darle] completo siempre. Yo creo que siente ahí, ¿no?, el descuido, el abandono de uno mismo, que le damos. Y ya pues, yo creo que, así como lo tenemos, yo creo que no puede desarrollar como debe ser, algo le falta, y yo creo que lo principal que le falta es el cariño, o también la atención en cuanto a su alimento, ¿no? yo creo que es así". P43: F3-ANA5.txt - 43:50 (24:95)*

---

<sup>21</sup> Estas SITUACIONES ubicadas en el esquema a la derecha de **\*\*\*DESCUIDO**, han sido manifestadas por por las entrevistadas cuando explicaban a lo que se referían con **\*\*\*DESCUIDO**, en la mayoría de casos haciendo referencia a las consecuencias de tal comportamiento. Por lo mismo, ellas están conectadas en una relación causal ( $\Rightarrow$ ), que propone estas SITUACIONES como consecuencias de **\*\*\*DESCUIDO**. En los casos donde las SITUACIONES no fueron relacionadas ni como causas o consecuencias, sino que describen simplemente la misma temática, estas SITUACIONES han sido relacionadas a partir de su equivalencia temática ( $\equiv$ ). Estos son los dos tipos de conectores que han sido utilizados para organizar cadenas asociativas, redes semánticas y campos semánticos. Cada una de las SITUACIONES presentes en el esquema además de estar conectadas entre sí, evidentemente han sido mencionadas como causando un no buen desarrollo infantil, en ese sentido todas están conectadas además por la mediación de esta temática que se estructura de manera consistente con la noción de **\*\*\*DESCUIDO**.

*“Lo que no se desarrolle bien, es porque mayormente el niño desde muy pequeñito necesita de cuidados, un control médico, y un control... las madres que tenemos que estar perenne para poder ver qué es lo que tiene el niño y qué es lo que necesita en su alimentación, y poderle estar siempre controlando y sobre todo llevar a su control médico, pues ¿no?, sus alimentos y sus vacunas sobre todo”. P37: F1-roc4.txt - 37:3 (16:116)*

Efectivamente, en las citas anteriores se evidencia cómo la alimentación, el cariño, la orientación, el control<sup>22</sup>, etc., factores importantes para el desarrollo del niño, se integran en una reflexión sobre el descuido, la falta de atención y el abandono. En general, los relatos convergen en señalar que el \*\*\*DESCUIDO principalmente de la madre es la causa que explica la mayoría de SITUACIONES que llevan a un ‘no buen desarrollo infantil’.

Aunque se menciona el \*\*SC DESCUIDO DEL PADRE, o la \*\*FALTA DE AMOR DE LOS PADRES, o el que \*\*LOS PADRES NO SE ASESORAN POR PSICOLOGO, es el \*\*SC DESCUIDO DE MADRE en donde la mayoría de entrevistadas plantean un consenso espontáneo. No sólo 12 entrevistadas señalan \*\*SC DESCUIDO DE MADRE explícitamente como una SITUACION, sino que los comentarios convergen de manera impresionante a tomar esta como una causal fundamental que lleva al ‘no buen desarrollo infantil’. De alguna manera el reflejo inverso de esta causa es la identificación como problema de que no sea la madre la que se encargue del cuidado del niño (\*\*SC CUIDADORES SUBSTITUTOS).

*“Los llevan a la cuna porque las madres no tienen tiempo para poderlos atender, y yo veo que en la cuna también es un descuido grande ¿no? porque uno debe de tenerlos a los niños con más atención, ¿no?, ése es descuido”. P40: F3-ANA2.txt - 40:37 (55:60)*

Efectivamente, varias entrevistadas señalaron que los cuidadores sustitutos –cunas infantiles y hermanos mayores principalmente-, no ponen el interés suficiente en el cuidado del niño, y que ése es el motivo por el cual el niño tiene problemas para desarrollarse. Es en este mismo sentido, que una entrevistada menciona el ser \*\*HUERFANO como una SITUACION que hace que los niños no se desarrollen

bien, proponiendo así la relación entre no desarrollo infantil y no tener padres. \*\*\*DESCUIDO en la mayoría de los casos plantea la relación entre 'no buen desarrollo infantil' y el no tener madre "disponibles".

Efectivamente, ambas SITUACIONES, a decir, \*\*SC DESCUIDO MADRE y \*\*SC CUIDADORES SUBSTITUTOS, se explican porque la \*\*\*MADRE TRABAJA Y NO TIENE TIEMPO para cuidar adecuadamente a sus niños.

*"[La situación que causa el no buen desarrollo infantil es el] descuido de los papas, sobre todo de aquella madre que no tiene tiempo. A veces el niño anda sucio cochino, sin lavar, la ropa todo sucia, y pues no hay control del papá ni de la mamá, ¿no? Los padres trabajan y no hay quién lo controle ni quién lo asee ¿no es cierto?". P21: F1-ANA1.txt - 21:11 (83:87)*

*"¿Cómo se puede decir? Abandono prácticamente pues de los padres ¿no? y descuido de la mamá, porque como te digo, por el trabajo uno se descuida. A veces, cuando estamos dentro del trabajo, a veces uno se aísla, el descuido de los padres será pues, lo que lo abandonamos a veces, ¿no?, a veces por la ocupación del trabajo". P43: F3-ANA5.txt - 43:51 (37:41)*

*"Por la ocupación de mi trabajo, yo le he dejado en la casa, y los dejaba y cuando me he dado cuenta, ya no, prácticamente casi ya no me tomaban ni atención ya. Yo quería que reaccionen así como cuando me quedaba en la casa, supongamos, yo quería que me obedezca o quería acariciarle, así, ya no era igual ya. Mucho paraba ocupada en el trabajo y... así me ha pasado con una hija, se retira al lado de su tía prácticamente, y es así que uno se da cuenta que le ha faltado cariño pues a la criatura". P29: F1-PAU5.txt - 29:5 (61:87)*

*"Cuando su mamá no trabajaba sí la tenía limpiecita...la chiquita paraba bien limpiecita, bien peinadita. Cuando la mamá se va a trabajar ¿quién lo ve al chiquito? Se quedan solitos los tres, ¿quién la va a peinar? ¿quien le va a lavar la cara?, por eso también debe comportarse así la chiquita, así de rebelde, de terca, contestona, porque no hay nadie pues en su casa quien la cuide, quien la oriente". P54: F3-MAR5.txt - 54:18 (262:288)*

Las entrevistadas coinciden en explicar esta falta de tiempo de la madre y el que trabaje, sea como consecuencia de los \*\*MALOS TRABAJOS O SUELDO MISERABLE DEL PADRE, o sea porque la madre ha sido abandonada (\*\*\*MADRES ABANDONADAS). Esta red causal evidentemente problematiza en el fondo cierto ideal familiar en el que la mujer-madre-esposa se dedica al cuidado de los niños mientras el hombre-padre-esposo provee de medios económicos.

---

<sup>22</sup> "Control" refieren las señoras no sólo en relación a llevarlo al médico para su "control de vacunas" por ejemplo; sino que está relacionado a la idea de que la madre tiene que estar

En este sentido, las entrevistas coinciden en señalar que es la **\*\*SITUACION ECONOMICA** definida por la incapacidad del hombre de proveer a la familia, lo que obliga a la mujer a desempeñar una función que entra en tensión con el cuidado de los niños, y que entonces se describen como un problema que conlleva al 'no buen desarrollo infantil'.

*"Muchas veces [la situación que causa el no buen desarrollo infantil es] el factor económico, porque una madre trabaja..., nosotros [somos] madres humildes que pertenecemos a un comedor, aparte de eso trabajamos para poder solventar al menos el menor de los niños, porque hoy en día con el sueldo que tenemos, con el sueldo que tiene el esposo, no alcanza para nada, de modo que, ¡ni modo!, tenemos que trabajar y sacar menú del comedor. Y ese es el motivo, que [criar niños] requiere interés, deberíamos tener [interés] para esos niños, porque si uno no está constante, directamente con el niño, enseñándole, educándolo, [haciendo] que la educación venga de casa, [haciendo que] la instrucción no venga de la calle [el niño no se desarrolla bien]. Y a veces un niño [dice] "mamá que esto que el otro", y uno ¿qué le dice?: "¡Ay! no tengo tiempo, me dices otro rato, otro día, mañana", entonces al niño le estamos quitando el valor que tiene, porque si yo dejo ese quehacer que tengo y me avoco al problema del niño que me esta diciendo, entonces todo sería mejor". P38: F1-roc5.txt - 38:1 (11:33)*

Esta situación planteada como problema evidencia la percepción de una 'anomalía' respecto del ideal de familia, que no permite al hombre proveer los medios suficientes para garantizar las necesidades de los niños, sea porque no consigue trabajo o porque el que tiene no es suficientemente bueno, o sea porque la madre no tiene un hombre que trabaje por ella. En cualquier caso, es interesante que esta 'anomalía' es mediada en términos de la tensión entre cuidado y trabajo de la madre, y no simplemente mencionada como dificultades económicas, irresponsabilidad del padre, o falta de cuidado del padre<sup>23</sup>. Igualmente, en ningún caso se menciona que la madre trabaje para satisfacer ambiciones personales o como una opción, ella es siempre 'obligada' a hacerlo.

Por otro lado, el **\*\*\*DESCUIDO DE MADRE** no se explica únicamente por esta tensión de tiempo disponible de la madre que tiene que ser dividido entre trabajar y atender a sus hijos. Algunas entrevistadas señalan que las **\*\*\*MADRES**

---

"perenne con el niño", "dando la hora", "chequeándolo", es decir, siempre pendiente.

<sup>23</sup> Es interesante que en ningún caso las entrevistadas se refirieron al descuido o abandono del padre únicamente. Lo que señalan es explícitamente el descuido de la madre o de los padres, es decir de ambos.



DESPREOCUPADAS es una situación causal también importantes del \*\*\*SC DESCUIDO DE MADRE.

*“A la señora de acá le dijo “llévala al psicólogo para que le den su tratamiento” ¿no? Acá en la posta inclusive están dando un apoyo”, pero a veces cuando una persona no tenemos voluntad, no se hace nada y ya pues, ese es de descuido”. P43: F3-ANA5.txt - 43:48 (354:360)*

*“Según la señora me decía que por situación económica, pero según mi manera de verlo no era por eso, sino por lo que no se preocupaba la señora, ¿no?, porque si yo me preocupó por mi hijo, yo dejo de comerme un pan, o de ponerme una pintura para poder ver a mi hijo...[...] pero en cambio ella no, venían los que vendían las cosas esas de plástico, ella se compraba, se fiaba. ¡Cómo me voy a comprar yo sabiendo que mi esposo no está en condiciones de dármelo! Pues yo tengo que preocuparme como madre, me tengo que preocupar ¿no?, CLARO, pero yo en ella no veía eso.” P46: F3-PAL2.txt - 46:13 (397:411)*

Estas SITUACIONES evidencian una segunda tensión fundamental en el discurso de las entrevistadas que se expresa claramente en lo que varias entrevistadas mencionaron respecto a que “las madres descuidan a sus niños cuando son más mujer que madre”; lo que significa que están más preocupadas en sus maridos, las fiestas, sus romances, su apariencia, etc. que en el bienestar de sus niños. Esta efectivamente es una segunda tensión subyacente al problema del descuido de madre, a decir, la tensión mujer-madre.

*“Cuando una es más mujer que madre se va con el hombre a todo sitio, y deja a sus hijos de su cuenta, se puede decir que es una madre descuidada, irresponsable. Y ¿CUÁNDO ES UNA MUJER MAS MADRE QUE MUJER? Es porque a ella más le interesan sus hijos, Y ¿ESO ES MALO TAMBIEN? Pienso que no, porque por ejemplo a mí más me interesan mis hijos que mi marido, mi marido debe tener su tiempo, yo tengo que darme el tiempo para todo, tengo que darme mi tiempo para mis hijos mayores, tengo que darme mi tiempo para mis hijos pequeños, tengo que darme el tiempo para mi esposo, cada uno debe tener su tiempo, uno debe darse el tiempo para todo, no solamente para una cosa, yo me doy mi tiempo para mi esposo, para tenderle su ropa, que todo esté limpio, que todo esté ordenado, para que él no me busque pleito solamente por eso, y tengo que tener tiempo para mis hijos también, que esté en orden su ropa y que también estén limpios, que ellos estén bañaditos” P86: F3-MAR2.txt - 56:39 (663:682)*

*“Si uno va a ser más mujer que madre, quiere decir que uno solamente está atento al marido o al hombre y no a los hijos, y yo pienso que todos tienen el mismo derecho, más los hijos que los hombres, porque [...] sus hijos es el futuro”. P56: F3-ROC2.txt - 56:40 (689:694)*

De alguna manera, la madre que decide trabajar sin tener la necesidad de hacerlo (necesidad económica) entra también en esta categoría de madre descuidada. Algunas pocas entrevistadas relacionaron de manera directa a las \*\*\*MADRES



JOVENES como un buen ejemplo del descuido relacionado a ser "más mujer que madre". Claramente, esta interpretación del descuido materno, plantea una reflexión sobre el rol de la madre, que no sólo debe privilegiar sus hijos al esposo, sino que incluso debe postergarse ella frente a las necesidades de sus hijos. Así los comentarios sobre el "sacrificio" de la madre son frecuentes:

*"Por ejemplo yo cuando era joven o cuando yo he sido madre, yo prefería a mis hijos y yo a veces me quedaba sin comer ¿no?, yo me quedaba sin comer, pero eso sí, yo a la hora en punto sí les daba, pero en cambio yo sí comía a las dos,tres, a la hora que me desocupaba". P40: F3-ANA2.txt - 40:27 (470:484)*

*"Hay que darse cuenta de que no hay pues un amor a ese niño ¿no?, no hay amor, yo ! cómo voy a dejar a mi hija enferma! Yo señorita he tenido oportunidades para conocer muchos sitios del Perú, porque mi esposo era chofer internacional, pero yo por mis hijos, no salía a ningún sitio [...], por eso a veces cuando me hacen cualquier cosa, lloro señorita y les digo "tú no sabes hijo lo que he llorado por tí, tú has sido el hijo por quién más he derramado mis lágrimas", [...] pero a veces me hacen señorita cosas, "¡qué ingratos son ustedes", le digo-, "...yo que he sufrido tanto", le digo - "...yo que he sido una madre que nunca ni siquiera he salido de mi casa". P46: F3-PAL2.txt - 46:29 (442:487)*

Esta última cita me permite comentar sobre esta oposición que se repite en las entrevistas entre espacio doméstico y la calle, relacionandola con la tensión mujer-madre. Comentando respecto al trabajo o el entretenimiento de la *mujer* fuera del hogar como espacios opuestos al espacio doméstico relacionada al cuidado que debe tener la *madre*, las entrevistadas definen el cuidado adecuado como aquel que se da en la casa por la madre: no hay substitutos adecuados de la educación, la alimentación y el cuidado de la casa, de la madre.

*"Como la mamá está trabajando también, y saca del comedor, la verdad es que el niño está mal alimentado, ¿no? ese es descuido ya, lamentablemente [descuido] en la alimentación del niño. O SEA ¿HAY UN DESCUIDO? Claro, hay un descuido, no es normal la alimentación como en la casa pues". P52: F3-MAR3.txt - 52:60 (429:434)*

*Y ese es el motivo, que [criar niños] requiere interés, deberíamos tener [interés] para esos niños, porque si uno no está constante, directamente con el niño, enseñándole, educándolo, [haciendo]que la educación venga de casa, [haciendo que] la instrucción no venga de la calle [el niño no se desarrolla bien]. P38: F1-roc5.txt - 38:1 (11:33)*

La tercera causal de descuido no hace referencia a la despreocupación, dejadez o a la falta de tiempo de la madre sino a su ignorancia: la madre no sabe cómo hacer

para cuidar de manera adecuada a sus niños (\*\*MADRE QUE NO SABE COMO). Evidentemente, estas tres causales podrían configurar un mismo caso.

Por otro lado, no todos los problemas de desarrollo infantil son mediatizados únicamente por el \*\*DESCUIDO, la \*\*SITUACION ECONOMICA es también una causal central, que determinaría de manera independiente \*\*SC PROBLEMAS DE ALIMENTACION, con o sin la mediación del hecho que las familias se ven obligadas a sacar \*\*COMIDA DEL COMEDOR.

*“Como ahora la situación está crítica, el problema económico, la economía, ¿no? porque a veces no nos alcanza o no hay trabajo. Y hay que tratar de ver [cómo hacer]. Bueno, yo he pertenecido a un comedor donde atendíamos casos sociales, ¿no? dábamos a los niños que no tenían recursos económicos, a madres abandonadas, madres solteras, ancianos y apoyábamos todo lo que estaba a nuestro alcance, ¿no?. Pero de todas maneras, por decir, la comida no era buena, era solamente como dice para llenarse nomás el estómago pero no para alimentarse”. P22: F1-PAL8.txt - 22:5 (9:46)*

Al igual que los \*\*SC PROBLEMAS DE ALIMENTACION, los problemas de salud de los niños (\*\*ENFERMEDAD), y una serie de problemas relacionados con \*\*EL AMBIENTE DONDE VIVE, en términos tanto de ambiente físico (\*\*LIMPIEZA, infraestructura básica) como psicosocial (\*\*NO BUENA ORIENTACION, \*\*RECREACION), se explicarían por la precariedad económica de las familias.

*“Por ejemplo, por decirle tengo que llevarlo al médico y si económicamente no tengo [dinero], ése es el factor principal en la salud: la economRa; porque yo lo llevo al médico a mi hijo, mi hijo se atiende muy bien, el médico me dice: “mire señora, le va a comprar tal y tal cosa”, ¿no?, me da una receta, yo veo que la receta cuesta tanto, yo veo por decirle que la receta cuesta 50 soles, yo tengo 10 soles, entonces ¿qué pasa?, es la mayoría lo que no le puedo comprar, si no la minoría, lo que cueste mas barato”. P38: F1-roc5.txt - 38:6 (89:101)*

Finalmente, esta \*\*SITUACION ECONOMICA varias entrevistadas la relacionaron con el \*\*ASPECTO SOCIAL EN EL HOGAR que estaría condicionando el clima en el hogar de tensión y peleas entre los padres (\*\*PROBLEMAS ENTRE PADRES). Al mismo tiempo esta falta de armonía familiar se identifica como causa del maltrato de los padres al niño. Organizada esta cadena asociativa de esta manera, la situación económica, la mala relación entre los padres y el maltrato al niño se entienden como fenómenos interdependientes que podrían resumirse en

**\*\*ASPECTO SOCIAL EN EL HOGAR.** Es interesante observar que aquí también los **\*\*\*MALOS TRABAJOS O SUELDO MISERABLE DEL PADRE**, definiendo (==) la problemática de **\*\*SITUACION ECONOMICA**, se relaciona directamente a los **\*\*PROBLEMAS ENTRE PADRES**. Si esto último conecta de alguna manera esta cadena asociativa con **\*\*DESCUIDO** de manera indirecta, las entrevistadas mencionan también el descuido de la madre y los padres en relación a la precariedad económica.

*"Yo creo que de repente como pelean papá y mamá mucho y no tienen comida a veces no tienen agua, luz, están con ese descuido ¿no?, para que laven está que busca agua, está que camina y el otro también. Dicen que la señora está ociosa [...] se descuida, a veces deja [a sus niños] y se va a traer su agua [...] derrepente estoy mal pero pienso que todo eso... la mamá grita, el papá grita y la bebita se asusta". P44: F3-ANA6.txt - 44:36 (338:352)*

Esto de alguna manera establece una cuarta definición de descuido que no es mediada ni por la madre que no tiene tiempo y trabaja, ni por la que es mas madre que mujer, ni por aquella que no sabe. Esta definición de descuido haría referencia a la madre que tiene precariedad económica.

Así definida, es esta red semántica **\*\*\*DESCUIDO** la que configura el espacio semántico émico de la desnutrición infantil, que plantea en ese sentido la definición popular de la problemática en cuestión. Antes de discutir estos datos, quiero terminar de describir el espacio émico del desarrollo infantil, relacionando brevemente la red semántica \*mongolito a lo que hasta aquí he descrito.

### **1.2.2 La relación entre la cadena asociativa \*mongolito y la red semántica \*\*\*DESCUIDO.**

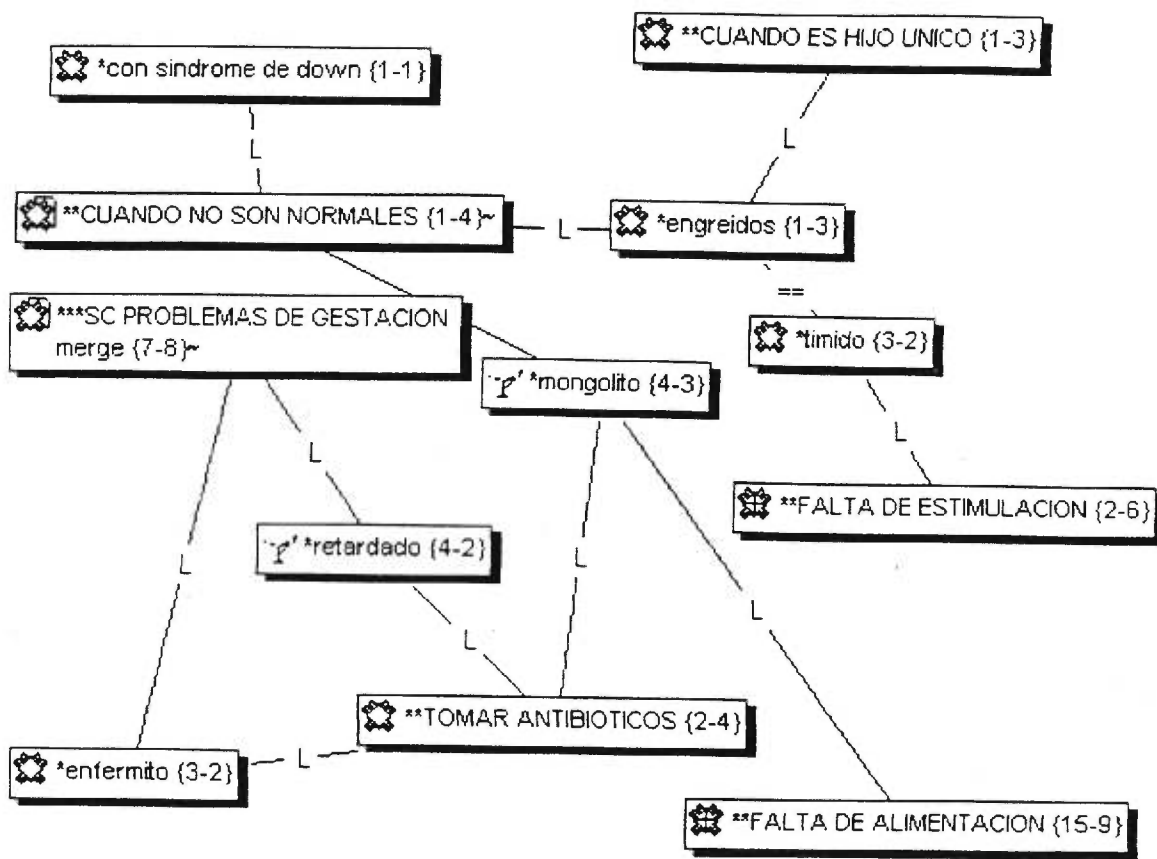
Si se observa el Esquema N°6 Cadena Asociativa \*mongolito, se evidencia que fruto del análisis de los comentarios, esta cadena se ha complejizado. Para entender la relación entre las SITUACIONES de esta cadena asociativa, una noción central es la de **\*\*\*NO DESARROLLA LA MENTALIDAD**. Esta SITUACION contiene la SITUACION que antes fue codificada como \*CUANDO NO SON NORMALES (ver

Esquema N°4) . Analizando los comentarios de esta SITUACION, que relacionaba los \*términos de \*mongolito y \*engreido en una misma cadena asociativa, comprendí que lo identificado como SITUACION realmente era el no desarrollo de algo que las entrevistadas definen como “mentalidad”. Evidenciada esta noción, inmediatamente se articulan a esta SITUACION otros \*\*\*SC PROBLEMAS DE GESTACION (ver Esquema N°6), la \*\*FALTA DE ESTIMULACION además de la \*FALTA DE ALIMENTACION que había sido originalmente relacionada a \*mongolito.

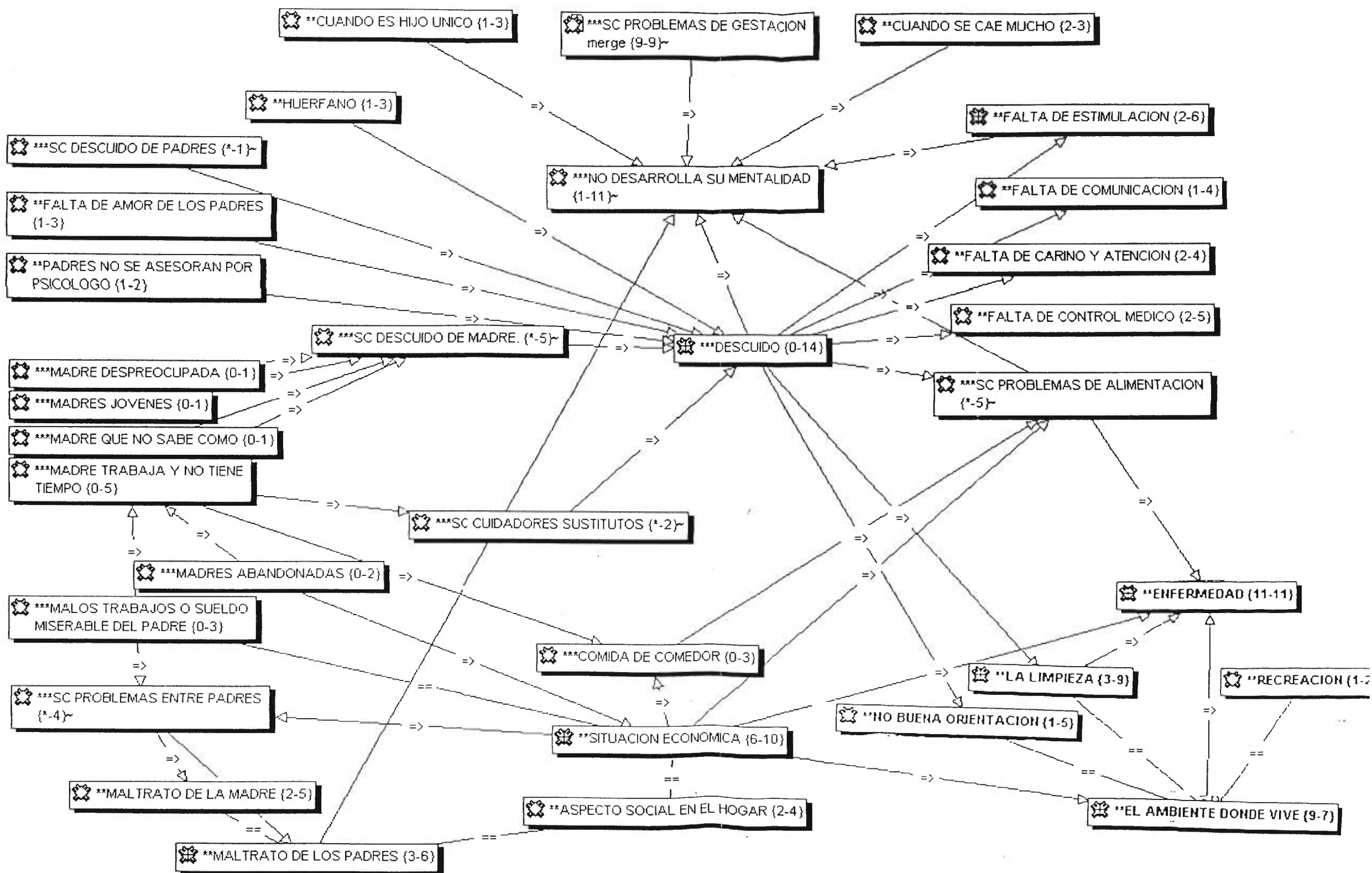
De manera interesante, los \*\*PROBLEMAS DE GESTACION no se refieren solamente a problemas físicos de mala alimentación de la madre o intentos de aborto tomando medicamentos, sino que las entrevistadas señalan que estos problemas son ocasionados también por un ambiente familiar tenso, discusiones, o el que la madre no esté contenta con su embarazo. Tanto la experiencia de problemas físicos como psicosociales por la gestante causarían que el niño \*\*\*NO DESARROLLA SU MENTALIDAD.

Por otro lado, por debajo de esta organización de SITUACIONES esta la relación entre los \*términos traumado, engreido, tímido y mongolito. Estos cuatro \*términos hacen referencia a la misma noción de \*\*\*NO DESARROLLA LA MENTALIDAD. En este sentido, esto puede pasar por sobreproteger al niño (engreido), lo que sucede \*\*CUANDO ES HIJO UNICO; o cuando el niño es maltratado (traumado) debido al \*\*MALTRATO DE LOS PADRES o a que \*\*SE CAE MUCHO; o cuando el niño tiene \*\*FALTA DE ESTIMULACION (tímido), o cuando la madre ha tenido \*PROBLEMAS DE GESTACION (mongolitos). Todas estas SITUACIONES tienen efectos en la “mentalidad del niño” Tres de estas SITUACIONES han sido integradas antes en la red semántica de \*\*\*DESCUIDO, a decir, \*\*PROBLEMAS DE ALIMENTACION, \*\*FALTA DE ESTIMULACION y MALTRATO DE LOS PADRES. En este sentido, la cadena asociativa de \*mongolito, integrada en una noción mayor de \*\*\*NO DESARROLLA SU MENTALIDAD, no sólo amplía la red semántica inicial relacionando SITUACIONES equivalentes bajo el SC PROBLEMAS

ESQUEMA N°6 CADENA ASOCIATIVA DE \*mongolito



ESQUEMA N°7 CAMPO SEMANTICO DE DESARROLLO INFANTIL



DE GESTACION, sino que además se mantiene coherente con el campo semántico de Desarrollo Infantil (ver Esquema N°7).

*"También la mamá durante la gestación no ha tomado ninguna vitaminas, porque en la gestación hay que tomar también vitaminas para los bebés, ¿no? para que el niño salga bien. [...] Bueno, ese también, ese es descuido de la mamá pues también. Cuando la mamá quiere tener un niño sano, me parece que uno tiene que..." P52: F3-MAR3.txt - 52:61 (223:230)*

El campo semántico popular de **\*\*DESARROLLO INFANTIL** definido en el Esquema N°7, que integraría todas las redes semánticas y campos semánticos inicialmente definidos, así como **SITUACIONES** que no formaron redes, se constituiría en el espacio semántico émico del desarrollo infantil, que contendría dos redes semánticas, una relacionada al **\*\*\*DESCUIDO** y otra a **\*\*\*NO DESARROLLA SU MENTALIDAD**, más relacionada a los **PROBLEMAS DE GESTACION**. Esta última cadena asociativa plantea una temática interesante que escapa sin embargo a los objetivos de la presente investigación. Efectivamente, la red semántica de **\*\*\*DESCUIDO** se propone como el campo semántico popular de la desnutrición infantil.

## **2. El campo semántico popular de la desnutrición infantil**

La red semántica **\*\*\*DESCUIDO** integra las cadenas asociativas de **\*desnutrido** y **\*abandonado** explicando su relación a partir de la noción fundamental de cuidado. En este sentido, la red semántica de **\*\*\*DESCUIDO** plantea, como se ha señalado antes, los problemas de alimentación y salud infantil, como un problema más de cuidado, que debe entenderse en el marco de un espacio semántico que:

1. posiciona de manera central el papel de la madre
2. establece una continuidad entre el cuidado físico y el cuidado psicosocial
3. evidencia un ideal familiar amenazado (madre abandonada, madre que trabaja, peleas entre pareja)
4. explicita la situación económica como causa importante a la base de la imposibilidad de realizar este ideal familiar

5. plantea una tensión entre el espacio doméstico y la calle, donde la casa se relaciona a un buen desarrollo (alimentación, educación, salud).

El campo semántico popular de la desnutrición infantil definido así por la red semántica de \*\*\*DESCUIDO, implica que las intervenciones nutricionales deberían pensarse a partir de una preocupación fundamental por las problemática de cuidado materno. De manera interesante, la problemática nutricional definida así es consistente con una literatura reciente que propone redefinir la política nutricional argumentando en favor de un concepto más amplio de nutrición que se defina como "alimento, salud y cuidado" (Messer, 1997:1675).

Engle et al.(1997) han planteado en este mismo sentido ampliar el modelo de determinantes convencional realzando los comportamientos de cuidado. De acuerdo al *Extended Model of Care* ( Engle y cols., 1997) (ver Anexo N°5) para garantizar la supervivencia, el desarrollo y el crecimiento infantil, se debería intervenir sobre la seguridad alimentaria doméstica, el ambiente y cuidado de salud, y los comportamientos de cuidado (*caregiving behaviors*). La centralidad de los comportamientos de cuidado en el modelo es evidente. Estos garantizan la ingesta adecuada y la salud infantil, que a su vez inciden en la sobrevivencia, el desarrollo y el crecimiento infantil. Los autores clasifican los comportamientos de cuidado que intervienen directamente en el desarrollo y crecimiento del niño en 6 tipos:

1. el cuidado hacia las mujeres, proveerlas por ejemplo de un tiempo apropiado de descanso o de una alimentación complementaria durante el embarazo
2. las prácticas de amamantamiento y la alimentación de los niños pequeños
3. la estimulación psico-social de los niños y el apoyo para su desarrollo
4. las prácticas de preparación y almacenamiento de alimentos
5. las prácticas de higiene
6. el cuidado de los niños durante la enfermedad. actividades (Engle, Lhotska y Armstrong, 1997, citado por Engle y cols., 1997)

Para que los comportamientos de cuidado adecuados se lleven a la práctica, el modelo reconoce tres determinantes respecto a la disponibilidad de recursos, que son: 1. la disponibilidad de recursos económicos/alimentos, disponibilidad de



recursos de cuidado, y disponibilidad de recursos de salud. De manera de proveer un cuidado adecuado, la cuidadora necesitaría suficiente educación, tiempo y apoyo. La provisión de estos recursos por la familia o la comunidad, es lo que el modelo denomina, 'recursos de cuidado'. Todo esto a su vez estaría condicionado por el contexto cultural, político y social particular.

Este modelo es importante en el marco de una literatura que ha trabajado poco los recursos de cuidado. Muy pocos proyectos de nutrición o salud han tomado en cuenta las limitaciones actuales de las mujeres, madres o cuidadoras, respecto a sus recursos de tiempo y apoyo; lo que constituye hoy una crítica fundamental a la educación nutricional (Huffman 1987:371). De hecho, en el Eastern and Southern Africa Nutrition Network Meeting Report (UNICEF 1997), llevado a cabo en Maseru, Lesotho, unas de las conclusiones fundamentales fue reconocer la necesidad de investigar y tomar en cuenta el accionar de la cuidadora frente a su disponibilidad limitada de recursos de cuidado:

Necesitamos conocer el tipo de decisiones que las mujeres toman ahora dentro de sus recursos limitados, y saber cómo se podría mejorar, apoyar sus acciones. En comunicación y cambio de comportamiento hay la necesidad de identificar modelos de roles en la comunidad y apoyar grupos comunitarios (UNICEF,1997:13-15)

Esta limitaciones en los recursos de cuidado, han sido identificadas y definidas por UNICEF (Jonsson 1995, citado por Engle y cols. 1997) a partir de 6 categorías (Engle y cols. 1997):

1. educación, conocimientos y creencias
2. salud y buen estado nutricional
3. salud mental, falta de stress y seguridad en si misma
4. autonomía, control de recursos y control de la distribución intrafamiliar de recursos
5. carga laboral razonable y adecuada disponibilidad de tiempo
6. soporte social de los miembros de la familia y la comunidad

La primera de ellas, los recursos de cuidado relacionados a la educación, los conocimientos y creencias de la cuidadora, es lo que generalmente se ha tomado en cuenta para planear intervenciones educativas nutricionales. Esto es consistente con

el hecho de que las intervenciones convencionalmente han asumido que las inadecuadas prácticas de cuidado de las madres se deben a su limitado conocimiento. Si esto puede ser parte de la explicación, ahora se empieza a discutir el que “*the competing demands on the poor mother’s time that prevent appropriate childcare have not been generally acknowledge*” (Huffman 1987:371).

De otro lado, y de manera consistente con los resultados hasta aquí expuestos, la literatura reciente ha cuestionado también la definición tradicional de comportamientos de cuidado, que se ocupan del cuidado físico pero que no consideran el cuidado psicosocial.

In general, psychosocial interventions should not be separate from health and nutrition intervention; psychosocial variables should be included in all projects in order to increase the possibility of possibility of positive change.. However this is more easily said than done. [...] Such a programme would include health, nutrition, education, psychosocial stimulation, and possibly work with mothers on parenting or employment or income generating schemes, and work with fathers to increase family involvement. (Engle et al. 1995:368)

It is very apparent that intervention or preventive educational programmes to improve nutrition should include systematic efforts to support positive caregiver-child interactions and to optimize the quality of overall care infants and young children receive, in both the psychosocial and the nutritional, health and physical care arenas. Such integrative efforts are needed not only to reduce the risk of early malnutrition’s occurring in the first place, but also to promote the growth and behavioral development of children whose nutrition status may already have been compromised. (Engle et al. 1997:372)

Engle et al. definen el cuidado como las acciones de las cuidadoras, madres en su mayoría, que afectan la ingestión de nutriente, la salud y el desarrollo cognitivo y psicosocial del niño (Engle y col. 1997). En este sentido, el *Extended Model* de UNICEF plantea que los comportamientos de cuidado que garantizan el buen desarrollo nutricional, no sólo se refieren al cuidado físico (prácticas de lactancia, alimentación complementaria, higiene y salud materna e infantil) sino que integran también la estimulación psicosocial y cognitiva. Esto ha sido trabajado extensamente en el *Transaccional Model of Care* propuesto por Engle et al. (1997).

Hay considerable evidencia que sugiere que un adecuado cuidado psicosocial no solamente está asociado a resultados comportamentales positivos en los niños pobres, sino que también

se asocia a resultados nutricionales y de crecimiento, incluso en poblaciones con alto riesgo nutricional y de salud. De manera inversa, donde estos rasgos positivos de cuidado psicosocial son muy reducidos o ausentes, los niños de familias pobres tienden a estar en un mayor riesgo nutricional. (1995:372)

De hecho entonces existe hoy literatura que propone una redefinición de la problemática nutricional que cuestiona las relaciones convencionales entre la nutrición, la salud y el desarrollo infantil, argumentando en favor de una percepción interactiva bidireccional de la relación entre lo psicosocial y la nutrición (Suarez 1996:62). Esto va al encuentro de los resultados de la presente investigación, que definen la problemática nutricional a partir de la noción de cuidado; un cuidado entendido como físico y psicosocial. Sin embargo, aun coincidiendo mis resultados con este modelo profesional, el proceso de definición de la problemática coincide con lo planteado en el marco teórico respecto a cómo el modelo profesional establece la problemática nutricional a partir de correlaciones estadísticas. De hecho, Engle haciendo un balance de la literatura buscando evidencias que justifiquen la redefinición de la problemática nutricional lista una serie de estudios cuantitativos de correlaciones significativas en los que se apoya para proponer la pertinencia de reelaborar las políticas alrededor de una preocupación por el cuidado físico y psicosocial. Y aunque no duda en manifestar que *"additional research is needed to clarify the nature of these bidirectional and transactional pathways of influence"*, plantea esta necesidad en términos de *"a need to move beyond correlational studies to experimental designs"* (1995:372).

Y aquí vuelvo a cuestionar por qué son este tipo de estudios los que se buscan y se citan como "evidencia". Sobretudo cuando los mismos autores reconocen que *"cultural factors will influence the particular way in which the characteristics of psychosocial care [...], as well as the extent to which particular chil-care practices may be valued or discouraged, in the light of their adaptive value in a given setting"* (Engle et al. 1995:358).

El Extended Model of Care, es ciertamente alentador en el contexto de modelos profesionales respecto de determinantes que establecen una problemática menos consistente con el discurso popular en Tahuantinsuyo; sin embargo, la presente

investigación, plantea otra manera de establecer una problemática y, en ese sentido, otra manera de definir lo que son "evidencias".

En este sentido la investigación social respecto a las definiciones émicas y locales de la problemática, no sólo se establece como "evidencia" que de menor o mayor razón a algún modelo, sino que se legitima como información fundamental a la base de cualquier otra agenda, modelo o búsqueda de evidencias. El ejercicio realizado en esta investigación pretende demostrar la importancia de la investigación social como herramienta que permite vehicular la experiencia de la gente, legitimando sus discursos como una agenda política y no únicamente como "evidencia" o demostración de una agenda profesional que puede no ser consistente con el contexto sociocultural local.

En este sentido además, este diseño de investigación social permite al mismo tiempo evidenciar la particular relación entre factores que en los modelos profesionales no se leen sobre el telón de fondo de un contexto preciso, y en ese sentido no permiten discutir sobre intervenciones pertinentes y coherentes con espacios socioculturales locales. De hecho la problemática definida a partir de los datos recogidos en Tahuantinsuyo van más allá en el sentido de establecer relaciones significativas émicas entre lo que el modelo de Engle hipotetiza como recursos de cuidado, integrándolos en un discurso sociocultural respecto a ideales de familia en tensión con circunstancias locales precisas.

### **3. La semiología popular de la desnutrición infantil**

Establecida la semiología popular de la desnutrición como problemática a partir del campo semántico \*\*\*DESCUIDO, para responder al segundo objetivo de la investigación hace falta volver a la red semántica de \*\*FALTA DE ALIMENTACION. De entre los 8 \*términos asociados a la SITUACION \*\*FALTA DE ALIMENTACION, \*desnutrido es la categoría central. Como se dijo antes, tanto la frecuencia como la conectividad del \*término \*desnutrido ubica esta categoría en

una posición central en este campo semántico. Al corresponder además con el término profesional, \*desnutrido facilita la comparación entre las semiologías asociadas. Aunque el análisis de los demás \*términos relacionados a \*\*FALTA DE ALIMENTACION se muestra interesante, para los efectos de este ejercicio, de manera consistente con los objetivos planteados antes, y dadas las características antes mencionadas de \*desnutrido que lo posiciona como noción central, no se justifica sino analizar este \*término y buscar describir los ~signos a partir de los cuales las entrevistadas de Tahuantinsuyo lo definen.

Tal como se señaló antes, a todas las entrevistadas que reconocieron éste como un \*término significativo, se les pidió que describieran cómo era un niño desnutrido. Por otro lado, en las entrevistas de la segunda fase se profundizó la descripción a partir de la reconstrucción de casos concretos de \*desnutridos.

A continuación se describirá el conjunto de ~signos y significados relacionados a \*desnutrido, es decir la semiología popular del problema nutricional. Para lo primero, para la descripción de ~signos relevantes, me basaré en los comentarios generales respecto a como son los \*desnutridos; analizados estos comentarios en función de su frecuencia y conectividad se identificarán aquellos ~signos que se presentan como relevantes para definir al niño \*desnutrido. Estos ~signos relacionados entre sí en redes asociativas se explican luego a partir de nociones populares claves que dan sentido a tal configuración de ~signos. Estas nociones o esquemas interpretativos que deben explicar la particular configuración semiológica de \*desnutrido, se explicitarán a partir del análisis de los relatos que reconstruyeron 12 casos de niños desnutridos.

### 3.1 Signos

Fueron 35 entrevistadas las que describieron los ~signos que caracterizan a un niño desnutrido. Estas descripciones fueron codificadas según las características adscritas a los desnutridos. Se tuvo particular cuidado en codificar la referencia a un ~signo

dato, una vez por entrevistada; de manera de no obtener frecuencias ficticias. Efectivamente, normalmente en los relatos, la entrevistada puede hacer referencia al mismo ~signo a lo largo de la descripción; por ejemplo, puede repetir que es un niño ~delgado en más de una ocasión. En estos casos, sólo se codificó una vez ~delgado de manera de no obtener frecuencias inexactas. Al igual que en los análisis anteriores, inicialmente no se supuso la equivalencia de términos y se buscó respetar el lenguaje de las entrevistadas. En ese sentido no se definió de antemano el campo semántico de cada término.

Las entrevistadas en su conjunto reconocieron 83 ~signos de los niños \*desnutridos. Estas características hacen referencia a ~signos físicos, de sociabilidad, de temperamento, psicomotrices, entre otros (ver Cuadro VII).

Cuadro VII Listado de ~signos y frecuencias

aburrido	1	jorobaditos	1	no tienen ganas/ánimos	14
agresivos	2	juega	2	no tienen la capacidad	3
aislados	3	la boca se le seca	1	ojeras	2
alto	1	la vista se ve así seca	2	ojito (conjuntiva)	2
amarillito	1	le salen esos granitos	1	ojitos decaídos	1
bajo de peso	12	lentos	2	ojitos hundidos	3
barriga hundida, arrugada	1	lloran	4	ojitos moribundos	1
barrigones, panzoncitos	9	malcriados	1	ojos hundidos	1
brazos y piernas flacas	1	malestar al cuerpo	2	ojos sin brillo	1
brazos y piernas flacas	2	menuditos	1	paran con hambre	1
cabello colorado	3	miedosos	1	pálidos	17
cabezón	1	modosito	1	piel	3
callado	3	mucho se enferma	1	piernas delgaditas	1
cansancio	5	nada le llama la ate	1	piernitas torcidas/c	3
chupadito	1	nerviosos	1	piojosos	1
cohibido	3	no crecen	8	reniegan	2
coléricos	3	no desarrollan su mentalidad	1	retraídos	2
decaídos	7	no juega	17	rostro, semblante pálido	2
delgados, delgaditos	11	no les interesa nada	1	se le chupa el pecho	1
delicado	2	no pide nada	1	sucios	1
deprimidos	1	no pueden hablar	1	sueño, duermen	12
desaliñados	1	no quiere comer	20	tardan bastante para caminar	1
débil	7	no responde	1	tiene hambre	2
diarreas	4	no rinden en el estudio	2	tranquilo	5
enfermiso	2	no son activos	3	tristes	6
enfermos, enfermitos	10	no son alegres	2	tímidos	2
esta echado en su cama	1	no son traviesos	2	tuberculoso	2
flaco, flaquito	15	no tiene defensas	2		

Ordenadas según sufrecuencia, a decir la cantidad de veces que cada signo fue mencionado como característica de un niño desnutrido, el Cuadro VIII muestra los

15 primeros ~signos. Así entendidas, las frecuencias de mención muestran estos ~signos como los apoyos principales que definen el campo semántico de \*desnutrido.

Cuadro VIII Listado de ~signos con frecuencias mayores a 5

CODIGOS		FRECUENCIAS
1.	No quiere comer	20
2.	No juega	17
3.	Pálidos	17
4.	Flaco, flaquito	15
5.	No tiene ganas/animo/aliento para nada	14
6.	Sueño, duermen	12
7.	Bajo de peso	12
8.	Delgados, delgaditos	11
9.	Enfermos, enfermitos	10
10.	Barrigones, panzoncitos	9
11.	No crecen	8
12.	Debil	7
13.	Decaidos	7
14.	Tristes	6
15.	Tranquilo	5
16.	Lloran	4
17.	Cohibido	3
18.	Cansancio	5

Sin embargo, podría ser que otros ~signos al ser descritos a partir de términos diferentes, fueran codificados separadamente, lo que ocultaría su relevancia. En otras palabras, podría ser que, teniendo cada una de estos códigos frecuencias pequeñas, al establecerse entre ellos una equivalencia semántica, los diferentes códigos constituyan un mismo ~signo, y que entonces, sumadas las frecuencias parciales constituyan en conjunto un ~signo relevante. A partir de esta preocupación, en un análisis posterior, se analizó la equivalencia semántica de los ~signos y se los recodificó en lo que se supuso un mismo ~signo con diversas terminologías: un Super Código, que entonces sumó las frecuencias parciales de los términos iniciales. Por otro lado, la equivalencia semántica entre términos, podría poner en duda la confianza en las frecuencias si dos términos mencionados en la descripción de una misma entrevistada se codifican como equivalentes bajo un mismo Super Código. De ser así, se estaría duplicando la frecuencia de referencias respecto a un mismo tipo de ~signo. Gracias a una de las funciones del mismo programa ATLAS/ti, se buscó estas áreas de intersección antes de proponer los

Super Códigos, que luego de este reparo resultaron ser aquellos que se presentan en el Cuadro IX.

Cuadro IX Listado de Super Códigos C

SUPER CODIGO	FRECUENCIA	CODIGOS ASOCIADOS
*SC C FLACO Y/O DELGADO	25	(delgados, delgaditos + flaco, flaquito)
*SC C PALIDEZ	22	(amarillito + la vista se ve así pálida + pálidos + rostro + semblante pálido, decaído, demacrado)
*SC C NO SE MUEVE	21	(está echado en su cama, no juega, no es activo, no hace travesuras)
*SC C DESGANADO	17	(aburrido + nada le llama la atención + no les interesa nada + no tienen ganas/ánimo/aliento para nada)
*SC NO SOCIABLE	9	(retraído + aislado + cohibido + tímido)
*SC C AGRESIVO-COLERICOS	4	(agresivos + coléricos)
*SC C CHUPADITO	7	(piel + brazos y piernas flácidas + chupadito + se le chupa el pecho + barriga hundida, arrugada)
*SC C ENFERMIZOS	3	(enfermizos + mucho se enferma)
*SC C NO RINDEN EN EL ESTUDIO	5	(no tienen la capacidad suficiente para atender, no rinden en el estudio)

Igualmente, pareció importante agrupar los códigos que hacían referencia a las diferentes partes del cuerpo, que al haber sido descritas con características diferentes (ej. Ojos blancos, ojos hundidos, etc.) sus frecuencias así fragmentadas no permitían revelar la importancia de ciertos ~signos físicos sobre otros. Se definieron entonces nuevos Super Códigos, esta vez no a partir de equivalencia semántica (SC C) entre términos, sino por referirse a una misma parte del cuerpo (SC PC). Estos Super Códigos se muestran en el Cuadro X.

Cuadro X Listado de Super Códigos PC

SUPER CODIGO	FRECUENCIA	CODIGOS ASOCIADOS
*SC PC BARRIGA	10	(barriga hundida, arrugada + barrigones, panzoncitos)
*SC PC OJOS	9	(ojeras + ojito blanco + ojito decaído + ojitos hundidos + ojitos moibundos + ojos hundidos y con brillo + ojos sin brillo)
*SC PC BRAZOS Y PIERNAS	7	(piernitas torcidas/chuecas + piernas delgaditas, flaquitas + brazos y piernas flácidas + brazos y piernas flacos, delgados)

Tomando en cuenta entonces ambos Super Códigos, tal como lo muestra el Cuadro XI, mientras la frecuencia de algunos ~signos se ha modificado, aparecen por otro lado ~signos que antes no se mostraban como relevantes: \*SC PC OJOS y \*SC NO SOCIABLE.



Cuadro XI Listado de ~signos con frecuencias mayores a 5

CODIGOS		FRECUENCIAS
1.	*SC C FLACO Y/O DELGADO	25
2.	*SC C PALIDEZ	22
3.	No quiere comer	20
4.	*SC C NO SE MUEVE	17
5.	*SC C DESGANADO	17
6.	Sueño, duermen	12
7.	Bajo de peso	12
8.	Enfermos, enfermitos	10
9.	Barrigones, panzoncitos	9
10.	*SC PC OJOS	9
11.	*SC NO SOCIABLE	7
12.	Debil	7
13.	No crecen	7
14.	Tristes	6
15.	Cansancio	5

Sin embargo, los ~signos descritos antes no están en un vacío. Es importante entender que los ~signos están situados en una descripción que elabora respecto a los niños desnutridos. Mencionados así de manera fragmentada y sólo en función de sus frecuencias, los ~signos ni definen ni revelan el problema. Es efectivamente únicamente el reagrupamiento de los ~signos en una relación significativa lo que permite descubrir la realidad local y sociocultural del problema nutricional infantil. Para esto, es necesario explicitar la particular configuración de estos ~signos en redes semánticas. Este salto de ~signos fragmentados a la emergencia de una configuración de ~signos es un análisis de otro orden que inaugura la discusión respecto a la significación.

### 3.2 Significados

Al igual que se hizo anteriormente, los comentarios respecto a cada ~signo fueron analizados en el marco de cada relato. A partir de este análisis se establecen relaciones significativas entre los diversos ~signos y se proponen redes semánticas que permiten ubicar la relevancia de los ~signos peso y talla en el marco de la semiología popular de desnutrición.

La relevancia de estos ~signos no se deduce entonces simplemente a partir de la frecuencia en que fueron mencionados sino que se analizan en función también de su conectividad. La conectividad se refiere a la cantidad de relaciones que establece un ~signo con sus pares dentro de la red semántica. Para establecer estas relaciones entre ~signos, se analizó los comentarios de las entrevistadas donde describieron a los \*desnutridos. Cuando las entrevistadas mencionaron dos o más ~signos en un mismo párrafo, sin la mediación de una repregunta y a partir de una espontánea continuidad discursiva, tomé estos ~signos como una configuración y los relacioné entre sí en una misma cadena asociativa. Fruto de estas relaciones se obtuvieron cadenas asociativas que organizaron el campo semiológico de \*desnutrido. El Cuadro XII compara las frecuencias y la conectividad de cada uno de los 15 ~signos más frecuentes.

Como se señala antes, la relevancia de los ~signos respecto al campo semántico \*desnutrido debería combinar los criterios tanto de frecuencia como conectividad.

Cuadro XII Listado de ~signos según frecuencia y conectividad

	<b>CODIGOS</b>	<b>FRECUENCIAS</b>	<b>CONECTIVIDAD</b>
1.	*SC C FLACO Y/O DELGADO	25	14
1.	*SC C PALIDEZ	22	7
2.	No quiere comer	20	11
3.	*SC C NOSE MUEVE	21	14
4.	*SC C DESGANADO	17	10
5.	Sueño, duermen	12	11
6.	Bajo de peso	12	4
7.	Enfermos, enfermitos	10	15
8.	Barrigones, panzoncitos	9	4
9.	*SC PC OJOS	9	3
10.	*SC NO SOCIABLE	9	7
11.	Debil	7	10
12.	No crecen	7	1
13.	Tristes	6	7
14.	Cansancio	5	7

Efectivamente, la frecuencia permite saber sobre la coincidencia entre las entrevistadas a mencionar cada ~signo como característica de los desnutridos. El punto de corte arbitrariamente seleccionado fue de que por lo menos 5 entrevistadas mencionaran el ~signo en cuestión. Aquellos asociados a más ~signos evidencian una configuración que establece entonces relaciones fuertes de dependencia entre ~signos, lo que implica que un ~signo a mayor conectividad, se

acerca más a una mejor definición de desnutrido. La conectividad así entendida entonces debe interpretarse respecto al carácter central de las descripciones en el campo semántico de desnutrido<sup>24</sup>.

Si se observa el cuadro anterior se evidencia que los ~signos físicos que las entrevistadas de Tahuantinsuyo reconocen como significativos son primeramente ~flacos {25,14}, ~palidos {22,7}, ~bajos de peso{12,4} y ~no crecen{7,1} . Aparte de los ~signos físicos, las entrevistadas mencionaron también ciertos ~signos comportamentales: ~no quieren comer{20,11}, ~no se mueven{21,14}, ~desganados{17,10}, ~duermen{12,11}, ~tristes{6,7}, ~cansados{5,7}. Los ~signos enfermos {10,15} y débiles{7,10} son descripciones que como se verá más adelante tienen un estatus particular.

Para evidenciar las asociaciones significativas entre los 15 ~signos, se agrupó estos ~signos según su conectividad y frecuencia en 5 grupos que se muestran en el Cuadro XIII.

Cuadro XIII Listado de tipos de ~signos según relevancia

	FRECUENCIA	CONECTIVIDAD
<b>TIPO I AMBOS MAYORES DE 10</b>		
*SC C flacos o delgados	25	14
No quieren comer	20	11
*SC C no se mueven	21	14
*SC C desganados	17	10
duermen	12	11
Enfermos, enfermitos	10	15
<b>TIPO II FRECUENCIA MAYOR DE 10</b>		
*SC C pálidos	22	7
Bajos de peso	12	4
<b>TIPO III CONECTIVIDAD MAYOR DE 10</b>		
Débiles	7	10
<b>TIPO IV MENORES DE 10</b>		
*SC NO SOCIABLE	9	7
Tristes	6	7
Cansados	5	7
<b>TIPO V MENORES DE 10 CON BAJA CONECTIVIDAD</b>		
Barrigones, panzoncitos	9	4
*SC PC OJOS	9	3
No crecen	7	1

<sup>24</sup> Cabe señalar que todos los signos con una conectividad mayor que 3 coinciden con aquellos seleccionados por su frecuencia mayor a 5.

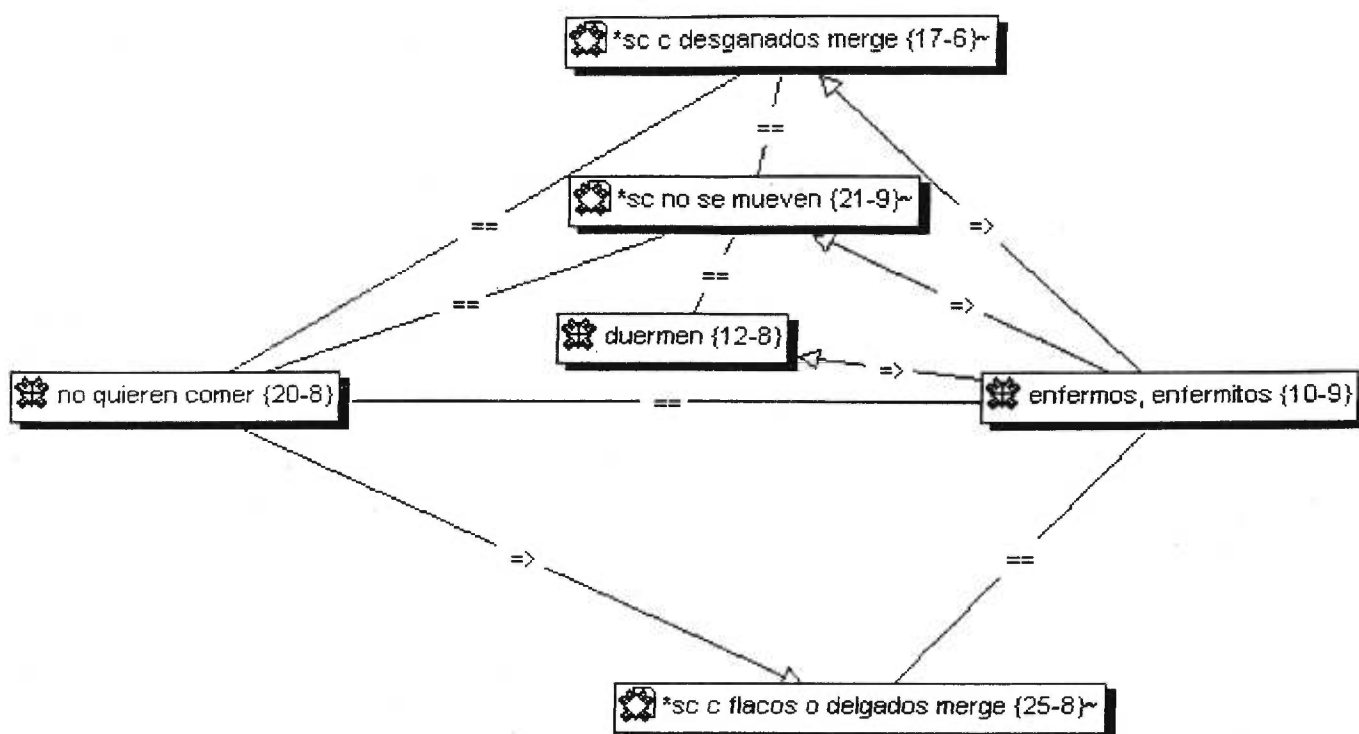
Entre todos los tipos, los ~signos tipo I son aquellos que se muestran como los más relevantes para la semiología popular de desnutrido dada su alta conectividad y frecuencia. Analizando las relaciones entre los ~signos tipo I, se nota que entre los ~signos comportamentales, las entrevistadas consideran como ejes relevantes: la motricidad (~no se mueven), el estado de ánimo del niño (~desganados) y un ~signo que analizando los comentarios se debe entender en relación a la falta de movimiento, a decir, ~duermen. Como único ~signo físico se menciona la contextura (~flacos). Es interesante mencionar que los ~signos antropométricos no están presentes a este nivel. Si los ~signos tipo I son los ~signos fundamentales a la base de la descripción de desnutrido, queda claro que los ~signos comportamentales tienen un peso importante y configuran de manera importante la semiología de la desnutrición.

En el Esquema 8 Cadena Asociativa de: SIGNOS TIPO I, se evidencia que el único ~signo asociado con todos los otros es ~enfermos. Esto debe ser interpretado como que la mejor definición de un desnutrido es la de enfermo, en el sentido de una mejor equivalencia semántica. Todos los comentarios definen al desnutrido como un ejemplo 'perfecto' de niño enfermo. Por otro lado, en el esquema, se ha ubicado ~no quieren comer en la mismo horizontal que ~enfermos porque dada su conectividad y frecuencia éste es un ~signo central en el campo semántico \*desnutrido, y en ese sentido, se podría decir que es también su mejor definición. En realidad, como \*desnutrido es un \*término que fue obtenido a partir de SITUACIONES relacionadas a problemas de alimentación, no es sorprendente la centralidad de este ~signo.

Así establecido un eje horizontal entre ~no quiere comer y ~enfermos, aparecen dos cadenas asociativas dependientes entre si a partir del eje horizontal propuesto, cuyos ~signos funcionan entonces como bisagras que comunican ambas cadenas y las organizan en un mismo espacio semántico.

## ESQUEMA N°8

## CADENA ASOCIATIVA DE SIGNOS TIPO I

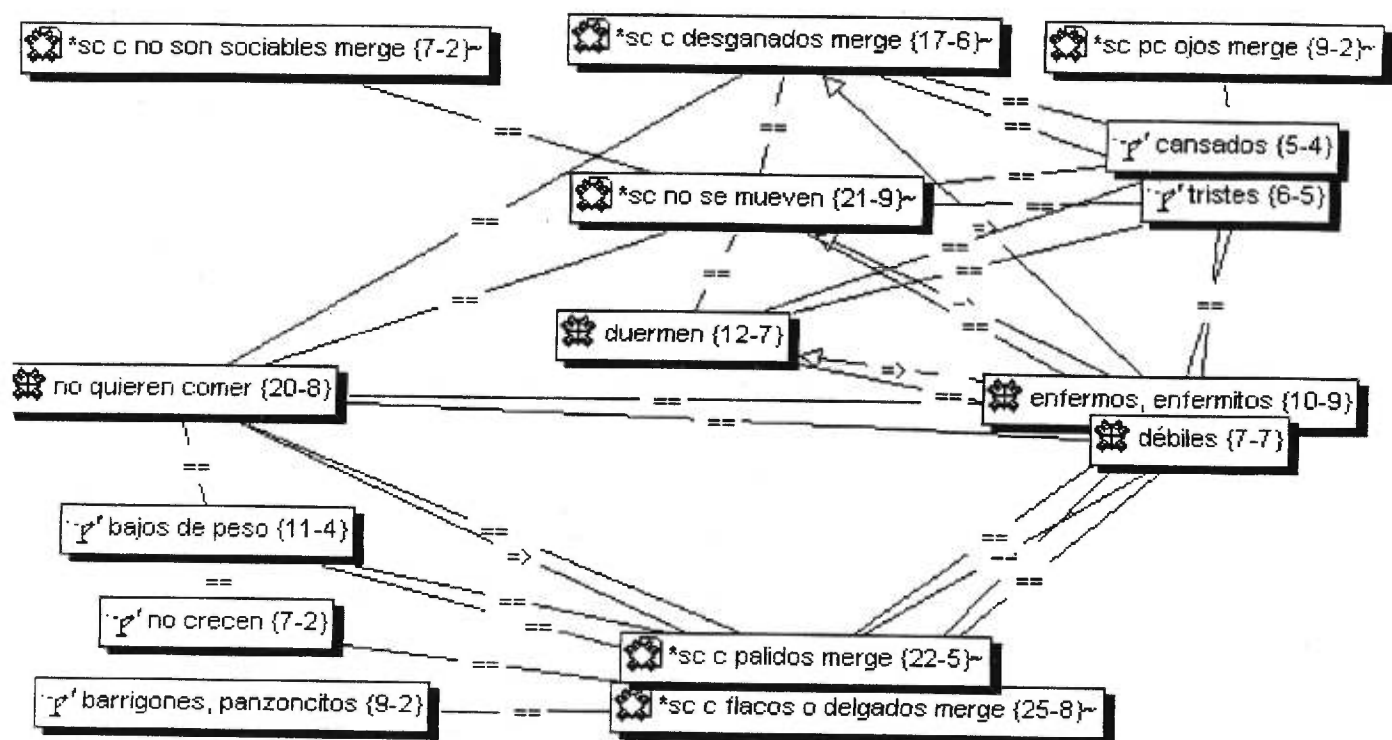


La primera cadena asociativa, aquella ubicada por encima del eje horizontal, se puede frasear de la manera siguiente: el desnutrido es como cualquier niño enfermo, que está desganado, no se mueve y duerme demasiado. Lo particular al desnutrido sin embargo es que tiene estas características de todo niño enfermo porque no quiere comer. Una segunda cadena asociativa es la que relaciona el que ~no quieren comer y ~enfermos, con ~flacos. Aquí se define a los desnutrido como niños que ~no quieren comer y se vuelven ~flacos. En este caso, el desnutrido, no es un ~enfermo como cualquier otro, puesto que todos los enfermos no son ~flacos, sólo son ~flacos los que porque ~no quieren comer son enfermos.

Si se incorpora al esquema sucesivamente los ~signos tipo II, III, IV y V (ver Esquema N°9), se evidencia que estos ~signos se organizan de manera consistente en función del eje horizontal propuesto inicialmente, lo que implica que el conjunto de ~signos asociados mantiene un espacio semántico que no está configurado de manera caótica sino que respeta un eje horizontal. Incluso este eje es fortalecido por la aparición del ~signo ~debiles -con una conectividad semejante a la de ~enfermos y en segundo lugar a ~no quieren comer-, que también es un ~signo bisagra y complementa el eje horizontal.

Incorporados todos los ~signos relevantes, se nota que la cadena asociativa superior es muy consistente entre si, configura una semiología fundamentalmente a partir de la apreciación comportamental (psicosocial) de los desnutridos que se manifiesta en la inamovilidad y falta de ganas de jugar, socializar o hacer otra cosa que no sea dormir. Los desnutridos ~no se mueven, ~duermen demasiado, están siempre ~desganados, ~cansados, no juegan con sus amigos (~no sociables), son ~tristes. Por otro lado, la cadena asociativa inferior se configura en relación a las características físicas de los desnutridos que son ~flacos, ~pálidos, ~bajos de peso, ~barrigones, y ~no crecen.

ESQUEMA N°9 CADENA ASOCIATIVA DE SIGNOS TIPO I, II, III, IV y V



Igual que la cadena asociativa superior, esta cadena es también consistente entre sí. Ambas cadenas asociativas entran en relación a partir de tres ~signos ~no quieren comer, ~débiles, ~enfermos.<sup>25</sup> Estos ~signos que funcionan como bisagras semánticas dejan pensar que hay cierta equivalencia fundamental entre ellos que permite organizar esta configuración semiológica de \*desnutrido, que entonces son aquellos ~debiles, , ~enfermos los que ~no quieren comer.

Respondiendo de manera concreta a los objetivos de investigación respecto a la relevancia de los ~signos antropométricos de peso y talla, se podría decir que si bien algunas entrevistadas reconocen –mucho más el ~bajo peso que la ~talla- lo más saltante de estos ~signos es que tienen conectividades pobres que giran alrededor del ~signo ~flacos, que es en ese sentido una referencia más relevante en Tahuantinsuyo. En cualquier caso, el estudio demuestra que incluso siendo ~flaco un signo principal de la semiología popular, éste nunca se entiende como ‘el’ indicador de la desnutrición. Según las entrevistadas, un niño puede ser flaco por ‘razones biológicas’ y no porque sufra de ningún problema. Sólo se reconoce como problema si además de ser flaco, presenta otros signos comportamentales como desgano o falta de movimiento. Algunas entrevistadas mencionan hacen referencia a niños que son ‘gordos’ pero al presentar estos signos comportamentales, se les considera ‘gordos falsos’, es decir, niños enfermos, desnutridos.

En fin, de lo expuesto hasta aquí se podría concluir que la semiología popular de la desnutrición en Tahuantinsuyo no privilegia un ~signo físico, sino una configuración de signos, aquella que relaciona los ~signos tipo I. Lo central de esta configuración es que organiza en un sólo campo semiológico signos tanto físicos y como psicosociales.

---

<sup>25</sup> El que se esquematice el campo semiológico en dos cadenas asociativas no quiere decir sin embargo que un mismo caso no haya sido descrito a partir de características tanto físicas como psicosociales. De hecho, siempre los casos concretos reconstruidos han sido definidos de manera holística. Las cadenas asociativas lo que establecen es una asociación más inmediata. Busca en este sentido, evidenciar intersecciones connotativas entre los signos.



Hasta aquí se ha utilizado para el análisis la información recogida respecto a los \*desnutridos en general. Estas han permitido cartografiar en función de frecuencias y conectividades el espacio semiológico de \*desnutrido. Sin embargo, estas descripciones generales no permiten reconocer los esquemas interpretativos que están por debajo de esta organización semiológica. Para ello, tal como se señaló en el diseño, se llevaron a cabo 12 reconstrucciones de casos de niños identificados por la entrevistada como desnutridos. La entrevistas permitieron reconocer nociones claves y modelos explicativos consistentes con el campo semiológico de desnutrido que se acaba de describir. De hecho, lo encontrado excede los propósitos del presente ejercicio que a este nivel se planteó discutir la definición popular del problema nutricional evidenciando el espacio semiológico que ocupa en los discursos populares en Tahuantinsuyo, y discutiendo la relevancia de los ~signos de peso y talla dentro de este espacio. Hasta aquí queda claro que las entrevistadas no privilegian los ~signos antropométricos, ni siquiera dentro de los ~signos físicos, donde ~flaco se presenta sí como relevante. Queda igualmente claro que la definición popular del problema nutricional está definido por un espacio semiológico que conecta dos cadenas asociativas, una de ~signos físicos y otra de signoscomportamentales. Lo interesante es que la bisagra entre estas cadenas semiológicas son tres ~signos ~no quieren comer, ~débiles, ~enfermos. Lo que sigue a continuación es una propuesta interpretativa respecto a la relación entre estos tres ~signos como organizadores del espacio semiológico desnutrido. La reconstrucción de casos, como se señaló antes, permitió evidenciar un conjunto de nociones claves. Algunas de ellas, las parecen las más pertinentes y aquellas de las que se dispone de información confiable, permiten evidenciar esquemas interpretativos que parecen explicar la configuración de ~signos antes detallada. Al mismo tiempo, estas nociones claves, permiten retomar lo discutido antes en términos de la definición popular de la problemática de la desnutrición, permitiendo así relacionar los dos objetivos planteados al inicio a partir de la continuidad entre el problema y la problemática nutricional desde los discursos populares.

### 3.2.1 Las nociones clave de debilidad, defensas y asimilar como organizadoras de la semiología popular de desnutrido

Según los comentarios, la relación entre ~no quiere comer y ~enfermo está mediada por el ~signo ~debil, y en este sentido se propone a continuación que la noción de debilidad es central a la configuración de desnutrido y es la que permite pensar al desnutrido a partir tanto de ~signos físicos como de ~signos comportamentales psicosociales. Efectivamente, las entrevistadas que hicieron referencia a casos concretos de desnutridos definieron frecuentemente al desnutrido como un niño debil.

*"En realidad esas criaturas [desnutridas], se presentan en la forma en la que ellos son muy débiles, no es como un niño sano, es muy débil. ¿COMO DEBIL? No tiene fuerza, mucha fuerza no tiene ese bebe, no tiene fuerza. No tiene muchas defensas. ¿NO TIENE DEFENSAS? Claro, tiene demasiadas pocas defensas, no como un niño normal. El niño normal tiene bastantes defensas y soporta una enfermedad, domina, resiste eso... pero una enfermita así, ya no puede." P52: F3-MAR3.txt - 52:59 (115:129)*

Un niño enfermo es un niño debil, es decir, un niño que no tiene 'fuerza', que no tiene 'defensas', y que por lo tanto tiende a enfermarse fácilmente.

*"Siempre para con resfríos porque yo creo que no tiene sus defensas como debe ser ¿no? siempre para mal, ya cualquier cosa lo hace daño, incluso su estomaguito." P92: F2-roc3.txt - 92:13 (899:907)*

*"Para todo debil, cualquier enfermedad le cae pues, cualquiera pues. Cuando no se alimenta una persona cualquier enfermedad [le cae], no tiene defensas pues. P80: F2-PAL5.txt - 80:7 (1018:1023)*

*"De todo se enferma, porque no tiene defensas para nada. Ya lo ve, lo veo un grano en su ojo, ya lo veo con una herida en la mano, por los pies, ya lo veo con el estómago flojo... es porque no tiene ningún tipo de defensa" P73: F2-PAL1.txt - 73:11 (552:558)*

Como consecuencia de la enfermedad, los niños debiles, sin defensas, experimentan efectos comportamentales: se vuelven desganados, decaídos.

*"Al bebé cualquier cosita ahí mismo le afecta o la fiebre, con una simple fiebre no más ya se le baja la presión todo. Se le decae, no? todo su ánimo .Se pone todo decaído ¿COMO DECAIDO? Todo el malestar, no tiene ganas de mamar su biberón, nada.... ni comer nada, [...] yo digo, yo más digo, el chiquito es que no tiene muchas defensas será." P89: f2-Paula1.txt - 89:5 (106:135)*

*"No tiene ganas de jugar, estan bajos de peso, se enferma rápido... no tiene defensas ¿no?" P 4: F1-ANA2.txt - 4:3 (33:34)*

Es interesante que las defensas son necesarias no sólo para tener una buena salud sino también para desarrollarse bien de una manera integral. En general el no tener defensas tendría consecuencias en la inteligencia del niño, el que pueda rendir en la escuela, y en general el que pueda aprender, pues podría volverse loco, malcriado, antisocial.

*"[A] un niño que no se alimenta bien [se le afecta] la inteligencia. La inteligencia viene por intermedio de la alimentación, si uno lo alimenta mal al niño, ¿cómo uno le puede pedir que ese niño de más si no puede? [...] Cuando la pusieron en el jardincito, no asimilaba lo que le decía la señorita. A veces en su papelito miramos y mi hijo ya hacía bolitas, hacía la "A", la "B" y la niñita no podía, no podía pues."* P43: F3 ANA5.txt - 43:46 (466:474)

*"Cuando no tienen alimentación completa crecen desnutridos pues, no tiene defensas, eso es lo que pienso. Si no tienen defensas se enferman los niños, con el tiempo sufren pues las criaturas, cuando ya uno está adulto ya pues no sirve para nada, [...] crecen como una persona ignorante ¿no?, que no sabe nada, y no sabe ni qué es bueno, ni qué es malo entonces ahí es cuando ya uno se pierde pues, es este drogadicto, ratero en todo uno se convierte cuando no tiene la educación o la orientación de los padres, en eso uno se convierte pues."* P72: F2-ANA9.txt - 72:5 (142:158)

*"Bueno, si sigue así bajo de peso, bueno, puede afectar en el momento del desarrollo, digamos le puede dar TBC ¿ah? Eso sería lo último ¿no? ¿COMO MAS LE PODRIA AFECTAR AL DESARROLLO DEL NIÑO? Puede ser también la... hasta volverse loco...o perder el conocimiento, porque no va bien, el niño no tiene muchas defensas. YA. Por ese motivo le puede dar a la criatura ¿Y SE PUEDE VOLVER LOCO? Claro pues, con el tiempo, si sigue así, mal alimentado."* P52: F3-MAR3.txt - 52:36 (562:574)

Pero, ¿cómo se crean defensas en los niños? Las entrevistadas mencionan que la alimentación adecuada y las vacunas son la manera de dar defensas al niño

*"El niño que tiene pocas defensas, es porque el niño no esta bien alimentado señorita, pero si ese niño está alimentado yo creo que ese niño puede defenderse"* P63: F2-ANA12.txt - 63:1 (56:61)

*"[el desnutrido] no tiene vitaminas, no tiene proteínas, no tiene hierro, no tiene nada, no tiene defensas personales, ¿cómo ese niño puede rendir?, ¿cómo ese niño puede dar?, no puede dar mientras no tenga, no tenga el valor suficiente nutritivo"* P56: F3-MAR2.txt - 56:44 (578:590)

*"El pecho materno, eso es lo más importante a un niño pequeñito le crea muchas defensas, muy importante es la lactancia materna para el niño. Lo otro que te decía es la mala nutrición, me parece que esos son los dos puntos más importantes".* P31: F1-PAU7.txt - 31:6 (9:16).

*" Yo pienso que como ella no come, no asimila mucho la comida, tampoco tiene defensas y es por eso que a cada rato se me para enfermado una cosa otra cosa, porque una persona tiene que tener defensas también, alimentarse bien para poder tener buenas defensas."* P91: F2-roc2.txt - 91:14 (630:640)

La última cita permite introducir otra noción central que complementa y explica la idea de defensas. Las entrevistadas coinciden en definir al niño que no tiene defensas como un niño que no 'asimila' los alimentos, es decir "que no le hace efecto a su cuerpo". Incluso si el niño recibe una alimentación adecuada, si no la asimila entonces no engorda.

*"Hasta ahora es delgada, pero ahora sí come, ahora ella come, y más que todos come pero no engorda, no lo asimila porque no la veo gordita, ¿no?"* P80: F2-PAL5.txt - 80:6 (301:320)

*"Yo digo que no asimila, porque la niña era bien delgadita y siempre era pálida"* P90: F2-roc1.txt - 90:4 (385:392)

Algunas entrevistadas mencionan el que los niños no asimilan 'cuando tienen bichos' y relacionan siempre los casos al diagnóstico de algún médico.

*"Le han dicho que de repente tiene bichos, por eso es que ella no engorda. Los niños que tienen bichos, comen, comen y no engordan, no asimilan la comida, y también le ha dicho al doctor de que le han estado dando alimentos pero nada, la niña no engorda."* P66: F2-ANA4 (2).txt - 66:1 (397:409)

Otras mencionan que los niños no asimilan cuando no quieren comer, cuando son difíciles o 'esticosos' para comer, y en general cuando comen poco o sin ganas.

*"ME DIJO DE QUE SU NIÑITA NO ASIMILABA. Ella no quiere comer, no quiere comer, muy difícil es para comer"*. P91: F2-roc2.txt - 91:13 (483:501)

*"No quería asimilar bien la comida, o sea comía poquito, ¿no? como un pajarito y eso a mí me preocupa pues, que no no coma, ¿no? A veces como uno no está acá todo el día, está la abuelita, y a veces la abuelita, también de cansancio, ¿no?, no insiste, ¿no?"* P71: F2-ANA8.txt - 71:8 (252:261)

*"¿COMO SE DIO CUENTA USTED QUE EL NIÑO NO ASIMILABA? Porque bajó de peso, estaba bajo de peso y [era] muy difícil para darle de comer. Cuando le insistía, arrojaba, arrojaba, arrojaba. Entonces yo a veces insistía: "ya, come todo lo que puedas comer" lo decía. Pero entonces, ahí no asimila la comida."* P77: F2-PAL2.txt - 77:17 (423:432)

*"Hay niños que comen rápido, rápido por ir a jugar, ellos se la comen y se la lanzan y se mandan mudar, ¿no?, para ir a jugar. Entonces ese niño no asimila la comida, no engorda, por más que coma, no engorda [...] por más que le den de comer todo lo que quieran."* P63: F2-ANA12.txt - 63:20 (89:103)

*"A ella [la madre] le da cólera porque les dice "como es posible que yo primerito te haya servido y mi sobrina ya terminó?, y !hasta ha comido sopa y segundo!, y te he servido a ti primero y ya ella ya terminó y tú no has terminado", le dice así, "Lady, pero come con ganas!" y una cuchara y otra cuchara y nunca hay cuando termine no?, no asimila la comida [...] yo le digo a mi hermana a veces que será por lo mismo que uno come todos los días en casa, en casa, en casa, ya ni sentirá el gusto [...]"*

*por eso yo digo a veces se cansarán ¿no?, porque mi sobrina es inapetente para comer." P62: F2-ANA11.txt - 62:7 (447:539)*

*"Asimilar la comida quiere decir cuando el [niño] come con ganas, rico, aunque sea poquito. [...] Cuando come normalmente con ganas entonces si asimilan los niños, pero cuando no comen con ganas no, no asimilan. ¿AUNQUE PASE LA COMIDA? La pase, la trague, igual. El mismo doctor dice que al niño no se le debe exigir, porque sino no lo aprovecha y [es como si] nada." P77: F2-PAL2.txt - 77:20 (509:525)*

Las últimas citas evidencian la opinión de algunas en el sentido que no es que un niño inapetente, difícil y esticoso no asimile porque es poca la comida que le llega al estómago; sino que el estado de ánimo del niño influye en el hecho de que pueda o no asimilarla. Como lo señalan varias entrevistadas, es importante que el niño coma con ganas para que asimile, no sólo porque comer con ganas implica para algunas comer más cantidad sino porque el estado de ánimo puede ocasionar que el niño no asimile la comida. Esto queda claro cuando algunas comentan respecto a no exigirle comer porque si el niño se tensa entonces "no aprovecha" lo que come, o cuando se menciona el gusto en la comida como importante para que el niño la asimile. Para que la comida tenga utilidad tiene que haber ganas y los niños pierden ganas no sólo cuando están enfermos físicamente, sino también cuando el ambiente en el hogar y el cuidado que se le da al niño no es el adecuado. En este sentido, algunas entrevistadas comentan casos de niños maltratados, descuidados, con ambientes familiares tensos, que se vuelven inapetentes, desganados, retraídos, etc.

*"¿QUE SERIA NECESARIO HACER PARA QUE SE RECUPERE? Darle buen tratamiento, darle lo que es buena alimentación, eso es lo que deben hacer los padres, ¿no?, porque a veces el padre o la madre no se preocupa de los hijos, por más que estén grandes [se deben preocupar]. "Ya mis hijos están grandes, ya qué importa" dicen, ¿no?, no es el hecho. El niño desde que nace, desde el momento que lo tengas, tienes que estar al tanto".*

*"A veces al padre y a la madre los contratan, los explotan. Otras veces el papá trabaja y la mamá trabaja, tienen dinero [...] la mamá gasta, solamente que no gasta en los niños, y a veces uno dice que "no tengo, no tengo", ya pues para que le den pena ¿no?. Por dentro no es así, porque la madre y el padre lo desgasta, pero no se fijan en los hijos. Por eso yo le digo, uno trabaja por los hijos. Yo trabajo por mis hijos"*

*"Yo creo que siente ahí, ¿no? el descuido, el abandono de uno mismo, que le damos., la falta el cariño o también la atención en cuanto a su alimento, ¿no? yo creo que es así, porque se pone medio retraído el niño, no asimila, supongamos, le enseñás algo y no, no aprende fácil." P43: F3-ANA5.txt - 43:55 (88:99)*

Es interesante notar cómo 'asimilar' se usa además en diferentes contextos con diferentes significaciones (asimilar el estudio, asimilar la educación) que en el fondo envían a la misma noción de "aprovechar lo que se recibe", es decir, aprender. Si el niño no asimila la comida, se dice que está 'desaprovechando', si no asimila las clases se dice que está 'desaprovechando', si no asimila lo que se le enseña en general, se dice que está 'desaprovechando' y dejando de aprender.

*"Cuando no están bien alimentados, están cansados, no asimilan bien, no prestan atención, andan distraídos, ¿no?" P71: F2-ANA8.txt - 71:9 (366:372)*

El niño débil, aquel que no tiene defensas es aquel que no puede aprovechar, aprender, en fin, ganar peso, ganar conocimientos, ganar educación. Y esto de alguna manera es un espiral pues sólo las defensas hacen que el niño siga aprendiendo. Es por eso que si bien el niño débil lo es porque no se alimenta o no asimila, al mismo tiempo al ser débil se vuelve desganado y pierde interés en comer, aprender, socializar y comportarse. Las defensas son entonces tanto físicas como psicosociales. Un niño que no está bien tratado, bien cuidado no recibe las defensas que necesita para desarrollarse, para seguir aprendiendo. Así, el desarrollo del niño depende de que asimile, que aprenda y para eso debe tener sus defensas, ser fuerte. Ser fuerte es ser sano física y psicosocialmente. Un niño débil a su vez lo es física y psicosocialmente.

En conclusión, un niño débil es un niño que está enfermo o tiende a enfermarse tanto físicamente como su estado de ánimo y su sociabilidad. La debilidad es lo contrario que la 'fortaleza', lo que se busca es que un niño sea fuerte (física y psicosocialmente), para esto hay que darle 'defensas'. Las defensas se transmiten al niño a través del cuidado materno fundamentalmente: comida, cariño, educación, armonía en el hogar. Un niño que no tiene alguna de estas cosas es un niño débil

De hecho, otro estudio realizado en Tahuantinsuyo, que buscaba definir la semiología popular respecto a la depresión, encontró que una noción importante asociada a la categoría de 'nervios' y que es central a la red de significados asociada a ella es la idea de la 'debilidad de la persona' :

Se piensa que diversas causas (dependiendo del caso) que pueden ser de orden psicosocial, daño, susto o falta de alimentación, generan una debilidad tanto en el cuerpo como en el espíritu. De otro lado, existe la idea de una interdependencia entre la debilidad del espíritu y la debilidad del cuerpo. Se piensa que ambas se influyen entre sí: la debilidad en el espíritu genera debilidad en el cuerpo, y la debilidad en el cuerpo genera debilidad en el espíritu. Esta debilidad genera una vulnerabilidad del cuerpo hacia cualquier tipo de enfermedades, las cuales pueden llegar a causar incluso la muerte (Saavedra y Planas 1996:168)

De la misma manera, diversas investigaciones en las regiones andinas demuestran que la noción de debilidad es una categoría central de las teorías etnomédicas que explicaría la relación entre salud y enfermedad:

Cuyo Cuyenos perceive their bodies, health and well-being to be in constant state of threat from environmental forces, both natural and supernatural. This is represented by the core concept of debilidad. In Cuyo Cuyo ethnomedicine children are perceived to be inherently more debil than adults, and thus more susceptible to illness and death [...] Infants and young children are thought to be inherent debil because they have loose connection between their physical body and its spiritual essence, or life force". (Larme, 1997:1717)

By about age seven a child is considered to be alike adult, stronger and less vulnerable to illness than younger children, with a well integrated life-force, capable of work and morally responsible [...] childrearing practices, including the provision of adequate food, are seen to protect a child while in an immature phase and to ensure health in adulthood. (Graham, 1997:1703)

En general la literatura respecto a las percepciones andinas de los procesos de salud y enfermedad infantil hacen referencia a la noción de debilidad y la relacionan con teorías etiológicas que no entienden la enfermedad únicamente a partir de agentes patógenos naturales o sobrenaturales externos sino que la definen como el fruto de "un severo desequilibrio entre el poder maligno externo y la fuerza vital interna de un ser humano" (MINSA, 1997b:3).

La noción de debilidad es pues parte de un esquema interpretativo local aparentemente relacionado con esquemas andinos que parece no sólo estar relacionado a los problemas de desnutrición o desarrollo infantil, sino que plantea una visión del mundo, una perspectiva respecto de los procesos de enfermedad y de las dificultades en general. Esta matriz de la que bebe la comunidad para dar



sentido a problemas de nutrición, salud o desarrollo infantil plantea una continuidad fundamental entre las experiencias psicosociales y aquellas físicas. Otras nociones además de las discutidas antes en relación a la sangre, las temperaturas, etc. complementan la noción de debilidad y permiten evidenciar teorías humorales a la base de los esquemas interpretativos locales.

En conclusión, a lo largo del análisis del modelo popular de la desnutrición infantil en Tahuantinsuyo, se descubre que no se percibe una discontinuidad entre el cuidado físico y el cuidado psicosocial infantil; y que ésta es una categorización central a la definición de la desnutrición como problema y como problemática. La percepción del bienestar infantil como un todo puede explicarse parcialmente a partir de esquemas interpretativos holísticos como aquel discutido antes en relación a nociones como debilidad, asimilar, etc. Por otro lado, los resultados respecto a la responsabilidad directa de la madre en el bienestar del niño y las circunstancias que impiden que cumpla su 'rol' -tensiones familiares que se explican repetidamente como efectos de la situación económica- evidencian otros esquemas interpretativos que estarían definiendo la problemática de la desnutrición como una fenómeno social. A diferencia del modelo profesional de determinantes, las 'causas inmediatas' de la desnutrición infantil no son la inadecuada ingesta o las enfermedades infantiles, sino el 'descuido de la madre que no dispone de los recursos adecuados'. En fin, el campo semántico y la semiología populares de la desnutrición infantil se entienden en Tahuantinsuyo a partir de la disponibilidad de recursos que tiene la madre para hacerse cargo del bienestar bio-psico-social del niño.



## CONCLUSIONES

La problemática que originó la investigación giró inicialmente alrededor de la relevancia de los signos antropométricos para comunidades beneficiarias potenciales de una intervención educativa que definía el Monitoreo de Crecimiento como su estrategia de diagnóstico, seguimiento y evaluación. Se vió en los capítulos anteriores cómo algunos autores cuestionan la eficacia de tales intervenciones, argumentando que una razón principal de su fracaso se refiere al hecho que la población 'beneficiaria' no percibe el crecimiento y el desarrollo infantil de manera consistente con el modelo profesional, y que los interventores trabajan generalmente con poca o ninguna información respecto a las perspectivas socioculturales de la población.

Así, si en general son las divergencias entre los modelos profesionales y populares las que condenan al fracaso intervenciones de salud pública y de desarrollo social, concretamente en las intervenciones educativas nutricionales, se han identificado divergencias en relación a la estrategia de Monitoreo de Crecimiento, que exige que las 'beneficiarias' reconozcan los signos de peso y talla como indicadores relevantes de la nutrición, la salud o el desarrollo infantil. Para indagar respecto a un posible desencuentro en este sentido, se procedió a evidenciar la semiología popular de la desnutrición infantil en Tahuantinsuyo. Como lo muestran los resultados, los signos antropométricos no parecen ser principales a semiología popular, que más bien define la contextura, en términos de la flacura o delgadez del niño, como un signo físico principal a partir del cual se evalúa el estado nutricional infantil. Sin embargo, aún más importante es el hecho que éste o cualquier otro signo físico no se define de manera aislada como 'el' indicador privilegiado. De hecho, signos comportamentales relacionados a la apatía y a la falta de movimiento están siempre relacionados a los signos físicos cuando un niño es desnutrido. Efectivamente, un niño puede ser flaco por 'razones biológicas' y esto no implica ningún problema o anormalidad, a menos que al mismo tiempo el niño presente otros signos

comportamentales como desgano, falta de movimiento, el que no quiera comer, etc. Incluso se menciona que un niño puede parecer físicamente saludable, y sin embargo uno puede darse cuenta de que está desnutrido observando su comportamiento. En este sentido, para la semiología popular no hay un signo físico relevante por sí solo. La semiología popular en Tahuantinsuyo identifica como relevante una configuración básica de signos comportamentales, que asociada con características de la contextura del niño permiten identificar al niño desnutrido.

Esta configuración bio-psico-social del problema nutricional se ha explicado a partir de la noción clave de 'debilidad' que parece ser parte de esquemas interpretativos andinos que entienden la enfermedad infantil a partir de una compleja interacción multidireccional de factores psicológicos, físicos, sociales, y comportamentales en general. Así, un niño debil es aquel que tiende a enfermarse o está enfermo, tanto físicamente como en su estado de ánimo y sociabilidad. La adecuada alimentación en este marco evitaría el que el niño se debilite, pero de manera contraria a los esquemas prevalecientes profesionales, no es sólo la ingesta de nutrientes o el cuidado físico lo que garantiza la protección y la fortaleza del niño. Para que el niño pueda beneficiarse de estos nutrientes es necesario, por ejemplo, que el alimento sea dado en el marco de pautas de cuidado aceptables que eviten el estrés del niño y aseguren sus 'ganas' de comer. Lo importante, en este sentido, es que el niño pueda 'asimilar' la comida, que se define como producto de un complejo cuidado físico y psicosocial del niño. En general, las participantes en el estudio señalan que, para que un niño sea 'fuerte', él debe poder 'asimilar' una adecuada orientación y educación maternas, y un ambiente familiar armonioso. En este sentido, el alimento es sólo una más de las 'defensas' que el niño debe 'asimilar' para poder mantenerse sano, que entonces equivale a decir 'fuerte'. En fin, para que un niño sea 'fuerte' debe 'asimilar' 'defensas', que son el fruto de cuidados bio-psico-sociales. La fuente del bienestar del niño es pues una categoría que no establece discontinuidad entre lo biológico, lo psicológico y lo social, que las entrevistadas coinciden en denominar 'defensas'.

Entendida la semiología popular en el marco de estas nociones claves, se entiende el por qué las entrevistadas describen a los desnutridos siempre a partir de una configuración semiológica bio-psico-social. En los capítulos anteriores se discutió cómo el modelo profesional en el marco de la evolución de la desnutrición como categoría biomédica ha privilegiado los signos físicos frente a los signos comportamentales, haciendo en este sentido abstracción de referentes experienciales de comunidades como la de Tahuantinsuyo. Este es pues, un desencuentro mayor entre la semiología popular y la profesional que tiene que ver ciertamente con un reduccionismo biomédico y cuantitativo que se discute más adelante.

Si hasta aquí queda claro que las entrevistadas definen las consecuencias de la desnutrición a partir de una semiología bio-psico-social, estos resultados son consistente con el hecho que las entrevistadas explican la desnutrición a partir de un tejido de causas justamente bio-psico-sociales.

Si por un lado, la propuesta de investigación giró en torno de la semiología popular de la desnutrición y la relevancia de los signos antropométricos, de manera más fundamental, la investigación se preguntó por el campo semántico que la población de Tahuantinsuyo define como relacionado a los problemas de desnutrición infantil. Se decidió entonces mapear este espacio, al interior de un campo semántico mayor, el de desarrollo infantil. Al preguntar por los problemas que causan un 'no buen desarrollo infantil', las entrevistadas evidenciaron esquemas etiológicos que de manera consistente con lo descrito en la semiología popular, proponían como noción explicativa clave de la desnutrición infantil el descuido bio-psico-social del niño. Efectivamente, la noción de descuido materno como organizadora del campo semántico de la desnutrición infantil, plantea las necesidades infantiles de cuidado físico (alimentación, higiene, etc.) en continuidad con aquellas de cuidado psicosocial (cariño, orientación, educación, etc.).

Así, los problemas de alimentación o de salud infantil se entienden a partir de premisas culturales que posicionan a la madre como responsable inmediata del

bienestar del niño, no sólo en términos de que lo pueda o lo quiera cuidar físicamente (lo bañe, lo peine, lo alimente) , sino de que se haga cargo de la orientación y educación del niño: que transmita características psicológicas y de sociabilidad valoradas localmente y percibidas como adaptativas. Esto, junto con las tensiones que existen en el marco de recursos económicos inadecuados, que no permiten que las madres cumplan su 'rol', define la problemática de la desnutrición infantil en Tahuantinsuyo.

Comparando la definición popular con aquella profesional, que considera como causas inmediatas las biológicas, y como causas de segundo orden aquellas contextuales; las entrevistas en Tahuantinsuyo revierten el esquema de determinantes posicionando el contexto particular alrededor de descuido materno como causa inmediata de la desnutrición, reivindicando así la problemática como un fenómeno sociocultural. Efectivamente, la problemática sociocultural se define localmente a partir del descuido materno, que a su vez se explica por la imposibilidad de realizar ciertos ideales familiares dadas condiciones económicas inadecuadas.

Por otro lado, al establecer una continuidad entre el cuidado físico y el cuidado psicosocial, el modelo popular se aleja del modelo convencional profesional, que identifica como causas inmediatas los cuidados físicos al niño. Sin embargo, la centralidad del cuidado/descuido bio-psico-social en la problemática de la desnutrición infantil ha sido recogida recientemente por algunos modelos profesionales a partir de investigaciones epidemiológicas. Dos textos de referencia fundamentales, el de Huffman (1987) y el de Engle y cols. (1997) discuten evidencia epidemiológica que argumenta en favor de que, los comportamientos de cuidado que garantizan el buen estado nutricional infantil, no sólo se refieren al cuidado físico (prácticas de lactancia, alimentación complementaria, higiene y salud), sino que integran también la estimulación psicosocial y cognitiva. Además, se concluye que estos comportamientos de cuidado propugnados por intervenciones educativas, son imposibles de ser adoptados sin la disponibilidad de

recursos (económicos, de salud y de cuidado) adecuados. Se conoce en este sentido, los limitados resultados de intervenciones educativas nutricionales, que asumen que las inadecuadas prácticas de cuidado de las madres se deben fundamentalmente a su limitado conocimiento. Esto, que muchas veces es sentido común en el personal de salud, evidencia lo limitado de los marcos conceptuales a partir de los cuales los programas y el personal de salud definen la problemática nutricional infantil.

Las intervenciones nutricionales concebidas a partir de marcos conceptuales estrechos que definen la malnutrición como el resultado de faltas dietéticas debidas a la falta de conocimientos y a las 'creencias erróneas' de la población, han sido repetidamente cuestionadas (Adrien y Beghin 1993). Lo que sin embargo, difícilmente se cuestiona, es la comprensión ingenua y empiricista de la acción humana vehiculada en los modelos profesionales (Good 1994), que no consideran maneras alternativas de establecer una problemática sino a partir de determinantes definidos biológica o epidemiológicamente.

Si bien la antropología ha sostenido una crítica a los modelos positivistas y empiricistas, proponiendo herramientas conceptuales y metodológicas para pensar los modelos profesionales y populares como sistemas culturales, y reivindicar el saber popular, el status de los modelos populares muchas veces ha dependido de agendas empiricistas. Así, si bien los cuestionamientos respecto a los encuentros y desencuentros entre modelos populares y profesionales proponen una tensión que pretende posicionar de manera dialógica ambos modelos, lo cierto es que esta tensión se resuelve siempre en favor de modelos profesionales. Efectivamente, cuando hay un desencuentro entre modelos, lo que inicialmente se presuponía como 'saber' popular cambia de status y se convierte en 'creencias'. Se ha discutido antes en este sentido, cómo los antropólogos se encuentran en una encrucijada ética cuando tratando de reivindicar los modelos populares, utilizan su competencia para manipular mejor a las comunidades vehiculando mensajes de modelos profesionales que son incapaces de cuestionar.

De manera concreta por ejemplo, la colaboración de la Antropología Nutricional para ampliar el modelo profesional de determinantes de la malnutrición, no ha significado un descentramiento de la agenda empiricista de investigación y acción en salud pública. Aunque su interés por los modelos populares no es nuevo, el que las agendas de investigación se definan generalmente a partir de un modelo de determinantes profesional, legitimado a partir de datos biológicos o epidemiológicos, no permite ubicar a los modelos énicos como verdaderas alternativas capaces de redefinir lo que se problematiza. En este sentido, lo que define el empiricismo en salud pública es considerar, por un lado, que la única definición legítima de la realidad o la problemática, es aquella definición que se fundamenta a partir de medidas científicas, universales, observables, standarizadas y cuantificables; y por el otro, el que los saberes socioculturales locales sean definidas como variables independientes: una especie de ruido, o en el mejor de los casos ropaje, que es incapaz de modificar la agenda en cuestión. Esta es de alguna manera, la labilidad de la agenda de la Antropología Nutricional, que colaborando para la incorporación de determinantes socioculturales en los modelos profesionales, ha reafirmado el paradigma cuantitativo como única definición plausible de la realidad en la definición de las agendas de investigación y acción. Con esto, se evidencia una comprensión de la cultura y de la significación como 'representación' y 'designación', y se obscurece su carácter 'constitutivo': su potencial para construir y configurar la realidad.

En fin, el ejercicio realizado a lo largo de los capítulos anteriores argumenta en favor de tomar verdaderamente en serio los modelos populares, pasando de un modelo de complementareidad '*par approfondissement spécifique*' entre datos cualitativos y datos cuantitativos, a uno que a partir de un '*recadrage anthropologique*' proponga los modelos populares como definiciones legítimas de la problemática. Esta es la única manera en la que se puede garantizar un diálogo con lo local: planteando una apertura a nociones interpretativas de la realidad que posicionen la experiencia de la población, mediada por acercamientos antropológicos, como modelos legítimos a partir de los cuales se puede planear una intervención. Se argumenta en favor

entonces de una salud pública que incorpore la experiencia y el saber local en el planeamiento de intervenciones educativas.

Si el único diálogo posible entre modelos parte de empoderar a las comunidades, esto exige desempoderar las empresa de desarrollo empiricista, es decir, definir los modelos profesionales como conceptual- y metodológicamente incompletos, y en este sentido, discutir la autoridad de las mediciones que parten de perspectivas universalistas fundadas en lo cuantitativo, lo biomedico y lo epidemiologico, revalorando las perspectivas que privilegian los acercamientos cualitativos, experienciales y locales. Es este reconocimiento del carácter esencialmente incompleto, tanto de los modelos profesional como de los populares, lo único que puede permitir el diálogo entre ellos. En términos concretos, esto implica aceptar que “la problemática” “la situación” no terminan de definirse. Esto es, al mismo tiempo, una apertura hacia un espacio político, un espacio que se cuestiona sobre las implicancias que tiene el que los problemas de alimentación sean llamados pobreza, hambre, ingesta inadecuada, descuido de la madre, etc. Si nombrar la realidad es ya orientarse hacia la acción, ¿quién tiene derecho a nombrar la problemática nutricional? ¿La biomedicina, la epidemiología, la antropología o la experiencia situada del aquí y ahora de la gente? De alguna manera, la salud pública debería ser capaz de aperturarse a definiciones no mediadas por un discurso científico, ni siquiera por el discurso antropológico, definiciones legitimadas en la experiencia local y expresadas en un lenguaje reivindicativo, identitario y fundamentalmente político.

La presente investigación parte de una comprensión ‘constitutiva’ de la cultura, que entiende que los modelos profesional y popular son parte de discursos institucionales, socioculturales, que no pueden ser reducidos a realidades objetivas. Concretamente, los resultados de la presente investigación proponen que tomar en serio el modelo popular de la desnutrición en Tahuantinsuyo implica pensar en una intervención educativa nutricional que proponga sus objetivos en términos del cuidado físico y psicosocial a los niños. Tanto la semiología popular como el mapeo

del campo semántico de la desnutrición infantil, evidencian que 'no existe' según el modelo popular, discontinuidad entre ambas esferas. Una intervención sensible culturalmente debería ser capaz, en este sentido, de descentrar sus objetivos respecto a comportamientos relacionados a la calidad y cantidad de alimentos que recibe el niño, y proponer la relación integral de la madre y el niño al centro de sus objetivos. De la misma manera, el Monitoreo de Crecimiento, en el mejor de los casos, debiera ser una, entre otras estrategias de evaluación del estado nutricional infantil, que debería poder definirse entonces también a partir de signos comportamentales valorados localmente. La aceptación de esta descentración tiene implicancias importantes respecto al diseño de programas de nutrición infantil. Aparte de las implicancias políticas y organizativas de repensar las intervenciones, un problema mayor sigue siendo el traducir los conceptos propios del cuidado psicosocial en términos programáticos, y operacionalizar estos incluso en objetivos comportamentales sensibles a las especificidades locales. Esto posiciona nuevamente la investigación social como herramienta central de planeamiento.

Por otro lado, tomar en serio los resultados de la investigación implica proponer la intervención de cuidado en el marco de las tensiones evidenciadas respecto a los ideales familiares (roles de género y calidad de las relaciones familiares), incorporando estrategias que se dirijan a solucionar la tensión fundamental en relación al tiempo de la madre, que se ve obligada a trabajar para conseguir ingresos debido a: 1. la falta de trabajo o de ingresos adecuados del marido (su ausencia en el caso de las madres abandonadas o solteras) y, 2. la difícil situación económica en general. En términos de audiencias adecuadas, queda claro que según el modelo popular, sólo una audiencia muy reducida, constituida por aquellas madres que las participantes en el estudio definieron como 'despreocupadas' o 'que no saben', sería la única que podría beneficiarse de una intervención nutricional que no tenga un componente paralelo de incremento de ingresos.



## BIBLIOGRAFIA

ALTAMIRANO, Teófilo, 1988: *Cultura andina y pobreza urbana: aymaras en Lima Metropolitana*. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

ANDERSON, Robert, 1984: *Health Promotion: An Overview*. European Monographs in Health Education Research #6.

ADRIEN Michel y Ivan BEGHIN, 1993a: "Education nutritionnelle ou gestion de la communication sociale en nutrition?". *Promotion Education*, 8: 2-9.

ADRIEN Michel y Ivan BEGHIN, 1993b: *Nutrition et Communication. De l'éducation nutritionnelle conventionnelle à la communication sociale en nutrition*. L'Harmattan, Paris.

BARRET, D. y D. FRANK, 1987: *The Effects of Undernutrition on Children's Behavior*. Gordon and Breach Science Publishers, New York.

BENAVIDES, Bruno, 1991: "Comunicación en nutrición", en: *I Jornada Científica Cultural de Nutricion*:44-48. Unife, Lima

BERG, Alan y James AUSTIN, 1987: "Nutrition Programs: A Decade of Redirection", en: J. Price Gittinger y cols.(eds.), *Food policy. Integrating Supply, Distribution, and Consumption*: 446-456. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

BIBEAU, Gilles, 1993: "¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo", en: C. Pinzón, P. Suarez y G. Garay (eds.) *Cultura Salud en la Construcción de las Américas*: 41-70. Instituto Colombiano de Antropología, Bogotá.

BIBEAU, Gilles , 1994: "Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique. Les systèmes de signes, sens et actions en santé", en: F. Trudel, P. Charest y Y. Breton (dirs), *La construction anthropologique de l'anthropologie québécoise. Eloges offerts a Marc-Adélaard Tremblay*: 105-148. Les Presses de l'Université de Laval, Sainte Foi

BIBEAU, Gilles y J. TREMBLAY, 1980, "Résistance et soumission face à l'émergence d'une autre conception de la santé". *Union Médicale du Canada*, 109(5):789-790.

BROZEC, j., 1987:"Foreword", en: D. Barret y D. Frank, *The Effects of Undernutrition on Children's Behavior*:ix-xvi. Gordon and Breach Science Publishers, New York

CASSIDY, C.M.,1982:"Protein-Energy Malnutrition as a Culture Bound Syndrome", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6:325-345.

COREIL, J. y J.D. MULL (eds.), 1990: *Anthropology and Primary Health Care*. Westview Press, San Francisco.

COREIL, Jeannine, 1990, "The Evolution of Anthropology in International Health", en: J. Coreil y D. Mull (eds.), 1990: *Anthropology and Primary Health Care*: 3-27. Westview Press, San Francisco

CORIN, E. , 1985: "La Santé: Nouvelles Conceptions, Nouvelles Images", en: J. Dufresne, F. Dumont e I. Martin (eds.), *Traité d'Anthropologie Médicale, L'Institution de la Santé et de la Maladie*: 45-73. Presses de l'Université de Québec, Québec.

CORIN, E., G. BIBEAU, J.C. MARTIN y R. LAPLANTE, 1990: *Comprendre pour Soigner Autrement*. Les Presses de L'Université de Montréal, Montreal.

CORIN, E., G. BIBEAU y E. UCHOA, 1993: "Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques chez les Bambara, Soninké et Bwa du Mali", *Anthropologie et Sociétés*, 17(1-2):125-156.

DE GARINE, Igor, 1987: "De la Perception de la Malnutrition dans les Sociétés Traditionnelles", en: Anne Retel Laurentin, *Etiologie et Perception de la Maladie*:383-403. Editions L'Harmattan, Paris.

DETTWYLER, K. y C. FISHMAN, 1992: "Infant Feeding Practices and Growth", *Annual Review of Anthropology*, 21:171-204.

DONAHUE, J.M., 1990:"The Role of Anthropologists in Primary Health Care: Reconciling Professional and Community Interests", en: J. Coreil y D. Mull (eds.), 1990: *Anthropology and Primary Health Care*: 79-97. Westview Press, San Francisco

DRÈZE J. y SEN, A., 1989: *Hunger and Public Action*. Clarendon Press, Oxford.

EISENBERG, Leon, 1977: "Disease and Illness: Distinctions between Professional and Popular Ideas of Sickness", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:9-23.

INEI, 1997: *Encuesta demográfica y de salud familiar 1996. Informe Principal*. Instituto Nacional de Estadística, Programa de Encuestas de Demografía y Salud DHS, Lima.

ENGLE Patrice L. y Henry N. RICCIUTI, 1995: "Psychosocial Aspects of Care and Nutrition". *Food and Nutrition Bulletin*, 16(4): 356-377.

ENGLE, Patrice, Purnima MENON y Lawrence HADDAD,1997: *Care and Nutrition. Concepts and Measurement*. International Food Policy Research Institute, Washington, DC.

FABREGA, Horacio, 1977: "The Scope of Ethnomedical Science", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:201-228.

FROMENT, Alain, 1986: "Aspects nutritionnels de l'anthropologie", en: D. Ferembach, C. Susanne et M. Chamla (dirs.), *L'homme, son évolution, sa diversité. Manuel d'anthropologie physique.*: 347-368. Editions du CNRS, Paris.

GOOD, Byron, 1977: "The Heart of What's The Matter. The Semantics of Illness in Iran", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:25-58.

GOOD, Byron, 1982: "Toward a Meaning-Centered Analysis of Popular Illness Categories: 'Fright Illness' and 'Heart Distress' in Iran, en: L. Eisenberg y A. Kleinman (eds.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. D. Reidel Publishing Company, Dordrecht.

GOOD, Byron, 1994: *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press, Cambridge.

GOOD, B. y M.J DEL VECCHIO, 1993: "Au mode subjonctif. La construction narrative des crises d'épilepsie an Turquie, *Anthropologie et Sociétés*, 17(1-2):21-42.

GODSTEIN, H. y J.M. TANNER, 1980: "Ecological Considerations in the Creation and the Use of Child Growth Standards", *The Lancet*, 15:

GOLDEN M. H., 1994, "Is Complete Catch-up Possible for Stunted Malnourished Children?", *European Journal of Clinical Nutrition*, 48:58-71.

GRAHAM, Margaret, 1997: "Food Allocation in Rural Peruvian Households: Concepts and Behavior Regarding Children", *Social Science and Medicine*, 44(11):1697-1709.

GREEN, L., M. KREUTER, S. DEEDS Y K. PARTRIDGE, 1980: *Health Education Planning: a diagnostic approach*. Myfield Pub Co., Palo Alto.

HABICHT, J. P., C. YARBROUGH, R. MARTORELL, R. M. MALINA, 1974, "Height and Weight Standards for Preschool Children: How Relevant are Ethnic Differences in Growth Potential?", *The Lancet*, 1:611-615.

HEGGENHOUGEN, H.K. y Duncan, PEDERSEN, 1997: "Beyond Quantitative Measures: the Relevance of Anthropology for Public Health", en: *Oxford Textbook of Public Health: the Methods of Public Health*: 815-828.

HEGGENHOUGEN, H.K., 1993: "Review Article. PHC and Anthropology: Challenges and Oportunities", *Culture, Mediine and Psychiatry*, 17:281-289.

HORNIK Robert C., 1987: "Nutrition Education: an Overview", en: J Price Gittinger y cols.(eds.), *Food policy. Integrating Supply, Distribution, and Consumption*: 429-435. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

HORNIK, Robert C., 1985: Nutrition Education: a State-of-the-art Review. Nutrition policy Discussion Paper 1. United Nations Administrative Committee on Coordination, Subcommittee on Nutrition, New York

HUFFMAN, Sandra L., 1987: "Women's Activities and Impacts on Child Nutrition", en: J. Price Gittinger y cols.(eds.), *Food policy. Integrating Supply, Distribution, and Consumption*: 371-384. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

HURTADO et al. 1994: *Estudio de suplementación de sales de hierro y de conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la anemia en escolares*. INCAP, Guatemala.

JELLIFE, D.B., 1959, "Protein-Calorie Malnutrition in Tropical Preschool Children, A Review of Recent Knowledge", *Journal of Pediatrics*, 54:227-256.

JOHNSTON, Francis E., 1987: Preface, en: F. Johnston, *Nutritional Anthropology*: ix-x. Alan R. Liss., New York.

KANDEL, R. F., N. W. JEROME Y G. H. PELTO, 1980: Introduction, en: N. W. Jerome, R. F. Kandel y G. H. Pelto (eds.), *Nutritional Anthropology. Contemporary Approaches to Diet and Culture*: 1-11. Redgrave Publishing Company, New York.

KENDALL, Carl, 1989: "The use and Non-Use of Anthropology: The Diarrheal Disease Contro Program in Honduras, en: J. Van Willige, B. Rylko-Bauer y A. McElroy (eds.), *Making Ourselves Useful: Case Studies in the Utilization of Anthropological Knowledge*, 383-303. Westview Press, Boulder.

KENDALL, Carl, 1984: "Ethnomedicine and Oral Rehydration Therapy: A Case Study of Ethnomedical Investigation and Program Planning", *Social Science and Medicine*, 19(3):253-260.

KLEINMAN, Arthur, 1995: *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California.

KLEINMAN, Arthur ,1988: *The Illness Narratives. Suffering, Healing and The Human Condition*. New York: Basic Books, Inc.

KLEINMAN, Arthur, 1980: *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, Berkeley.

LAUNER, L. y HABICHT, J.P., 1989: "Concepts About Infant Health, Growth, and Weaning: A Comparison Between Nutritional Scientists and Madurese Mothers", *Social Scienc and Medicine*, 29(1):13-22.

LARME, Anne, 1997: "Health Care Allocation and selective neglect in Peru", *Social Science and Medicine*, 44(11):1711-1723.

LOTFI, Mahshid y John B. MASON, 1987: "Direct Intervention Programmes to Improve Infant and Child Nutrition", en: Frank Faulkner (ed.), *Infant and Child Nutrition Worldwide: Issues and Perspectives* :263-297. CRC Press, Boca Raton.

MANNOF, Richard, 1987:"Nutrition Education:Lessons Learned", en: J. Price Gittinger y cols.(eds.), *Food policy. Integrating Supply, Distribution, and Consumption*: 436-443. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

McELROY A. y P. TOWNSEND, 1989: *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Westview Press, Inc., Colorado.

MAREK, T.(ed.), 1993: *Comment améliorer la contribution du secteur de la santé dans la lutte contre la malnutrition. Revue d'évaluations des projets en Afrique*. Banque Mondiale, Division des ressources humaines, Département technique, Region Afrique, Washington.

MARTORELL, R., L. Kettel Khan, y D.G. Schroeder, 1994: "Reversibility of Stunting Epidemiological Findings in Children from Developing Countries", *European Journal of Clinical Nutrition*, 48:45-57.

MARTORELL, R., J. RIVERA, H. KAPLOWITZ, y E. POLLIT, 1992: Long Term Consequences of Growth Retardation During Early Childhood, en: M.K.Hernandez y J. Argente, *Human Growth: Basic and Clinical Aspects*:143-149. Elsevier Science Publishers, New York.

MARTORELL, R., 1984: Genetics, Environment, and Growth: Issues in the Assessment of Nutritional Status, en: A. Velazquez y H. Bourges (eds.), *Genetic Factors in Nutrition*: 373-391. Academic Press, Florida.

MASSÉ Raymond, 1995: *Culture et Santé Publique*. Gaëtan Morin Éditeur, Montreal.

MESSER, Ellen, 1997: "Intra-household Allocation of Food and Health Care: Current Findings and Understandings-Introduction". *Social Science and Medicine*, 44(11): 1675-1684.

MINSA, 1997a: *El desafío del cambio del milenio : un sector salud con equidad,eficiencia y calidad*. MINSA, Lima.

MINSA, 1997b: *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud y nutrición materno-infantil: Lima*. Informes de Investigación 6. MINSA, PSNB, Lima.

MURPHY, HENRY B. M., 1982: *Comparative Psychiatry. The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*. Springer-Verlag, Berlin.

NICHTER, M. y M. NICHTER, 1986,"Health Education by Appropriate Analogy: Using The Familiar to Explain the New", *Convergence*, XIX (1): 63-71.

NICHTER, Mark, 1989: *Anthropology and International Health. South Asian Case Studies*. Kluwer Academic Publishers:Dordrecht.

NICHTER, M. y C. Kendall, 1991: "Beyond Child Survival: Anthropology and International Health in the 1990's", *Medical Anthropology Quarterly*, 5(3):195-203.

PELTO, H. Gretel, 1987: "Cultural Issues in Maternal and Child Health and Nutrition", en: *Social Science and Medicine*, 25 (6):553-559.

PALTI, H. B. ADLER Y J. BENDEL, 1995: "Growth of a National Sample of Israeli Children: Are Local Standards Needed?", *American Journal of Biology*, 7:407-414.

PIPES, Peggy L. y Cristine M.TRAHMS, 1993: *Nutrition in infancy and childhood*. Mosby, St. Louis.

PINES, James, 1987:"National Nutritional Planning: Lessons of Experience", en: J. Price Gittinger y cols.(eds.), *Food policy. Integrating Supply, Distribution, and Consumption*: 457-466. Johns Hopkins University Press, Baltimore.

POLLAND, B. , D. COBURN, A. ROBERTSON y J. EAKIN et. al. , 1998: "Wealth, Equity and Health Care: A Critique of a "Population Health" Perspective on the Determinants of Health", *Social Science and Medicine*, 46(7):785-798.

POLGAR, Steven, 1963: "Health Action in Cross-Cultural Perspective", en: H. Freeman, S. Levine y L.G. Reeder (eds.) *Handbook of Medical Sociology*: 397-419. Englewood Cliffs:Prentice Hall.

QUANDT, Sarah, 1996: "Nutrition in Medical Anthropology", en: C. Sargent y T. Johnson (eds.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method. Revised Edition*: 273-289. Praeger Publishers, Westport.

SAAVEDRA, C. y M.E. PLANAS, 1996: "Signos, significados y acciones relacionados a la experiencia depresiva en una comunidad urbano-popular de Lima", *Anales de Salud Mental* XII:147-190.

SCRIMSHAW, Susan y Elena HURTADO, 1987: *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary health Care*. U.C.L.A. Latinoamerican Center Publications, Los Angeles.

SEN, Amartya, 1994: "Objectivity and Position: Assessment of Health and Well-being", en: L. Chen, A. Kleinman y N. Ware (eds.) *Health and Social Change in International Perspective*:115-128. Harvard School of Public Health, Boston.

SUAREZ OJEDA, Elbio Néstor, 1996: "Desarrollo Integral del Niño", en: *Acciones de salud materno infantil a nivel local:según las metas de la cumbre mundial en favor de la infancia*: 55-73. OPS.

STEPHENSON, L.S., M.C. LATHAM, y A. JANSEN, 1983: *A Comparison of Growth Standards: Similarities between NCHS, Haroard, Denver and Privoledged African Children and Diddersences with Kenyan Rural Children*, Cornell International Nutrition Monograph Series 12. Ithaca, New York.

STRAUSS, Anselm, 1997: "Foreword", en *Atlas-ti. The Knowledge Workbench. Visual Qualitative Data Analysis Management Model Building. Short User's Manual. Version 4.1*. Thomas Muhr, Scientific Software Development, Berlin.

TROSTLE, J., 1986: "Early work in Anthropology and Epidemiology: From Social Medicine to Germ Theory, 1840 to 1920", en: C. R. Janes, R. Stall y S. M. Gifford, *Anthropology and Epidemiology*: 59-94. Boston, D. Reidel, Boston.

TRUE, William, 1990: "Epidemiology and Medical Anthropology", en: T. Johnson y C. Sargent (eds.), *Medical Anthropology. A Handbook of Theory and Method*: 298-318. Greenwood Press, New York.

UNICEF, 1990: "*Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries*". UNICEF, New York.

UNICEF, 1997, *Report of the Eastern and Southern Africa Nutrition Network Meeting Maseru, Lesotho*, 13-15 October.

WHORF, Benjamin, 1956: *Language, Thought and Reality*. MIT Press, Cambridge.

WHO, 1993: "WHO Global Database on Child Growth". *Bulletin of the World Health Organization*, 71(6):703-712.

WORLD BANK, 1986: *Poverty and Hunger. Food Security in Develloping Countries, problems and options*. World Bank, Washington D.C.

YODDUMNERN-ATTIG, B, G. ATTIG y U. KANUNGUKKASEM, 1991: "Une éducation nutritionnelle concue du point de vue de la population", *Forum Mondial de la Santé*, 12:447-453.

YOUNG, Allan, 1981: "When Rational Man Fall Sick: An Inquiry into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5:317-335.

YOUNG, Allan, 1982: "The Anthropologies of Illness and Sickness", *Annual Review of Anthropology*, 11:257-285.

ZEVALLOS, Mercedes, 1998: *Diagnóstico sobre Experiencias Nutricionales Locales. Estudio llevado a cabo en el marco de la Investigación Formativa para el planeamiento del Nuevo Panfar. Documento Interno*. A.B.Prisma, Lima.





**ANEXO I**

**Guías de Entrevista**

**GUIA 1**  
**GUIA DE ENTREVISTA EXTENSIVA**

Entrevistadora:  
Fecha de entrevista:  
Dirección:

Buenos días, soy..... el motivo por el que vengo a conversar con usted es para conocer sobre los problemas de salud de los niños de su comunidad. Usted tiene derecho a no participar si así lo desea, y tiene derecho a terminar la entrevista cuando usted lo estime conveniente. Le aseguro que lo que conversemos sera confidencial, sólo le pido su consentimiento para grabar la entrevista, para evitar la posibilidad de que no anote bien todo lo que usted me diga. ¿Está de acuerdo?

1. ¿Podría decirme qué situaciones desde que el niño nace hasta que cumple los 3 años pueden causar que un niño no se desarrolle bien? Indagar por otras situaciones.
2. ¿Cómo se les dice a los niños que tienen ese tipo de problemas? Indagar por otros términos.
3. ¿Cómo puede darse cuenta o notar que un niño tiene ese tipo de problema?
4. ¿Cómo se comportan los niños que presentan este problema?
5. Los niños que tienen este tipo de problema, ¿tienen además otras características particulares? ¿Cuáles?

## GUIA 2 GUIA DE RECONSTRUCCION DE CASOS

Entrevistadora:

Fecha de entrevista:

Dirección:

Buenos días, soy..... el motivo por el que vengo a conversar con usted es para conocer sobre los problemas de salud de los niños de su comunidad. Usted tiene derecho a no participar si así lo desea, y tiene derecho a terminar la entrevista cuando usted lo estime conveniente. Le aseguro que lo que conversemos será confidencial, sólo le pido su consentimiento para grabar la entrevista, para evitar la posibilidad de que no anote bien todo lo que usted me diga. ¿Está de acuerdo?

### Identificación del informante clave

- Edad
- Sexo
- Lengua Materna
- Estado Civil
- Ocupación
- Nivel de escolarización
- Religión
- Lugar de nacimiento
- Lugar de nacimiento de padres
- Barrio en el que habita
- Tiempo de residencia en el barrio

**1. PREGUNTAR A LAS ENTREVISTADAS CUÁNDO CONSIDERA ELLA QUE UN NIÑO DEJA DE SER BEBE Y POR QUÉ.**

**2. RECONSTRUCCION DE CASO DE UN NIÑO DESNUTRIDO**

¿Conoce usted en el barrio algún bebé, niño o niña menor a 3 años, que sea desnutrido?

#### 4.1 IDENTIFICACIÓN

Datos del niño

- # de la descripción
- Vínculo con la informante clave
- Edad
- Sexo
- # de hermanos y edades

Datos de la madre y del padre

- Edad
- Sexo
- Lengua Materna
- Ocupación
- Nivel de escolarización
- Religión
- Lugar de nacimiento
- Tiempo de residencia

#### 4.2 INICIO Y LA EVOLUCIÓN del problema.

- Cuénteme ¿cómo es este niño? ¿Cómo se comporta? ¿Qué **CARACTERÍSTICAS** particulares tiene?
- ¿El/ella siempre estuvo así? ¿Cómo era antes?
- **INDAGAR SOBRE LOS CAMBIOS Y LA EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA**

#### 4.3 TÉRMINOS dados al niño con el problema.

Durante todo el trabajo de campo se detectarán nombres dados al niño con las características señaladas. Estos pueden surgir espontáneamente pero deberán ser explicitados haciendo la siguiente pregunta:

- ¿Cómo se les dice a los niños que tienen ese tipo de problemas? Indagar por otros términos

#### 4.4 EXPLICACIONES E INTERPRETACIONES dados al problema.

• ¿A qué cree usted que se deba que el niño sea así? ¿Cuál es la causa de este problema? (indagar por las explicaciones múltiples, y profundizar en ellas, intentar relacionarlas)

- ¿Desde antes se podía suponer que el niño cuando creciera sería así o tendría este problema? ¿Había algo que hacía presumir que el niño sería así?
- **RELACIONAR EXPLICATIVAMENTE LAS CARACTERÍSTICAS.**

#### 4.5 EVALUACIÓN DE LA **GRAVEDAD** del problema en cuestión.

- ¿Esto que le pasa al niño es grave?
- ¿Cómo le ha afectado al niño todo esto? Qué consecuencias para el niño ha tenido esta situación?
- ¿Cómo podría afectar todo esto en el desarrollo del niño?
- **¿QUÉ SERIA NECESARIO HACER PARA QUE SE RECUPERE?**
- ¿Cómo ve a este niño en el futuro? ¿Cómo cree que este problema, situación se desarrollará?

#### 4.6 REACCIONES FRENTE AL PROBLEMA.

Sentimientos, opiniones y acciones del entorno, investigar las reacciones específicas de la madre y las personas que viven en la misma casa, del resto de la familia, de vecinos; tratar de comprender por qué se produce esta reacción y cómo se manifiesta

- ¿Cómo ha reaccionado la gente?

#### 4.7 BÚSQUEDA DE AYUDA.

- ¿Qué se ha hecho?
- ¿Quiénes han participado en la toma de decisiones?
- ¿Por qué esta decisión?
- Si se ha realizado tratamiento doméstico o especializado, indagar por el diagnóstico y sobre cómo fue recibido éste. Indagar sobre el tipo de tratamiento recibido.
- ¿Qué ha sucedido?

## **ANEXO II**

### **Ejemplo de comentarios y de red semántica**

HU: Proyecto Desarrollo Infantil  
 File: [C:\Mariela Planas\Proy. Desarrollo Infantil\Archivos Atlas\Version ultima\Entrevistas F1, F2 y F3 - 6]  
 Edited by: Super  
 Date/Time: 1998/10/29 - 14:14:28

5 quotation(s) for code: \*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR  
 Quotation-Filter: All

P12: F1-MAR1.txt - 12:9 (220:261) (Super)  
 Media: ANSI  
 Codes: [\*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR]

PERO APARTE ESTE... QUI LE IBA A DECIR?, A VECES HAY COSAS  
 POR EJEMPLO, USTED CREE QUE A LOS NIÑITOS LES AFECTA LOS  
 PROBLEMAS QUE HAY EN LA CASA?, ah, también sR, LES AFECTA?,  
 sR, sR les afecta porque yo tengo un este... ahR en mi casa  
 por ejemplo yo tengo que a veces est<n estudiando bien,  
 est<n estudiando... est<n comiendo bien pero cuando ven a  
 las peleas de la madre la discusión de la casa, el padre la  
 madre ya no quieren tampoco comer, ya no tienen ganas de  
 comer, se ponen nerviosos, se ponen traumatados y... entonces  
 las criaturas ya comienzan ya este... AUNQUE SON CHIQUITOS  
 TAMBIEN SE PONEN ASQ?, asR, sR, a veces... yo tengo... yo  
 cu<ntos tengo en mi barrio de los muchachos SI, tengo  
 bastante que a veces la mamá, el papá pelean, se comienzan  
 a asustar, se comienzan a revolcarse y... Y SI SE  
 ASUSTAN... se asustan demasiado, Y SI SE ASUSTAN TAMBIEN  
 ESO INFLUYE EN EL BUEN DESARROLLO?, sR, sR ya no, ya no...  
 claro también pue' )C[MO INFLUYE?, bueno yo... no... el  
 desarrollo puede ser también que no tienen ni ganas de  
 comer y entonces la criatura ya este... en vez de crecer  
 parece que niquiera ahR ni crece... ni... no tienen ganas  
 de como se llama?, prácticamente que las criaturas a veces  
 se escapan se van, ya en la calle comienzan este ya no  
 alimentarse, comienzan a cuantas cosas pasar eh... robar SQ  
 CLARO, EMPIEZAN TODOS LOS PROBLEMAS, NO ES CIERTO?, sR, sR  
 y es de la casa que sale eso, de la casa por eso yo cu<ntas  
 veces mi casa, si quieren discusión fuera de la casa o  
 lejos, o las criaturas fuera, porque las criaturas son las  
 que sufren en la casa, las criaturas lo que ahR.....  
 perjudicados

P19: F1-PAL6.txt - 19:4 (15:21) (Super)  
 Media: ANSI  
 Codes: [\*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR]

Que eviten problemas, que haya bastante armonía en un hogar  
 no?, porque aparte de eso de que tantos problemas causan  
 eso, a veces tantas cosas presentables que hay en los  
 niños, eso también evita que los niños, también vayan a los  
 colegios, tantas cosas )no?.

P22: F1-PAL8.txt - 22:1 (50:58) (Super)  
 Media: ANSI  
 Codes: [\*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR] [\*\*SITUACIONES]

Este..., la formación de sus padres, en el hogar hay muchos  
 problemas. A veces las discusiones.. crea traumas a los  
 niños y JI..., pasado por todas esas cosas, como mi esposo  
 )no? Hemos sufrido bastante porque JI era militar, tenía  
 otro carácter, otras manera de ser y también este..., no  
 paraba en la casa. Prácticamente yo sola he criado a mis  
 hijos, a mis 6 hijas

P35: F1-roc2.txt - 35:1 (19:20) (Super)

Media: ANSI

Codes: [\*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR] [\*\*SITUACIONES]

No se desarrolla bien porque a veces hay problemas en el hogar con el esposo

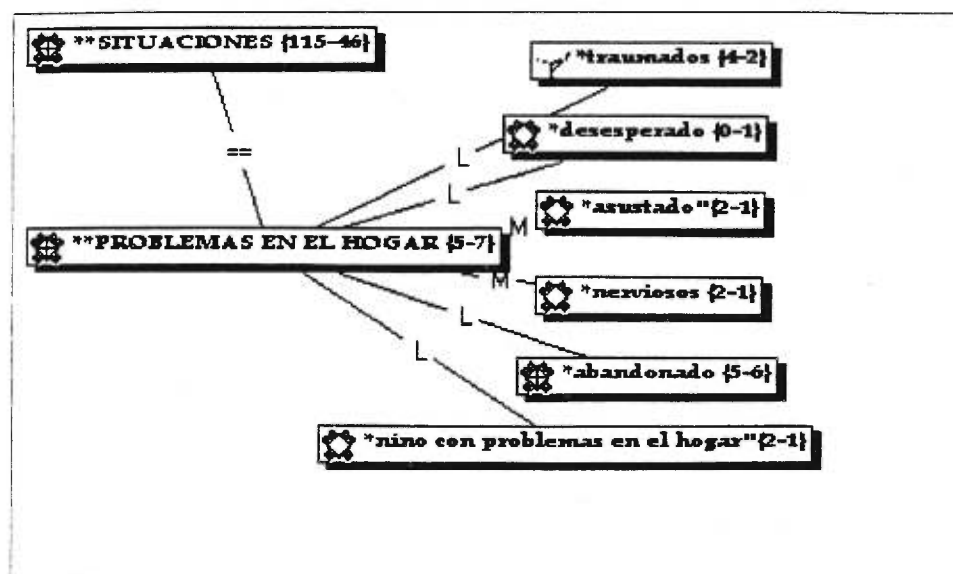
P46: F3-PAL2.txt - 46:3 (37:53) (Super)

Media: ANSI

Codes: [\*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR] [\*\*SITUACIONES]

bueno, seZorita, segdn mi manera de pensar, pienso yo de que el niZo no desarrolla por... a veces por razones del hogar no?, AJA, de que los padres a veces no los comprendemos a los niZos, hay una incomprension entre el hogar, el esposo, la esposa, entonces me parece que ese es el motivo para que un niZo no llegue a desarrollar como debe de ser, AJA, porque eso le entorpece no?, AJA, como yo... eso es lo que yo converso ac< con mi nuera, no?, le digo que no, no debe ser asR, AJA, porque yo he criado a mis hijos, he tenido 3 niZos ya ellos... jam<s me ha gustado, nunca me ha... les he dado problema a mis hijos, cualquier cosa que yo he tenido en mi hogar con mi esposo, porque no faltan, yo jam<s he tratado de que ellos observen eso no?, AJA, ni tampoco me he desquitado con ellos, mi c lera, mi furia que he tenido no?

### ESQUEMA N°10 EJEMPLO DE RED SEMANTICA





### **ANEXO III**

**Listado de asociaciones entre SITUACIONES y \*términos**

**\*\*ALIMENTACION**

<al que.... se le llama> \*anemico  
 <al que.... se le llama> \*debil  
 <al que.... se le llama> \*desnutrido  
 <al que.... se le llama> \*muerto de hambre  
 <al que.... se le llama> \*nino no bien nutrido"  
 <al que.... se le llama> \*raquitico  
 <al que.... se le llama> \*tebeciano  
 <al que.... se le llama> \*tuberculoso  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*ALIMENTACION BALANCEADA**

<al que.... se le llama> \*anemico  
 <al que.... se le llama> \*desnutrido  
 <al que.... se le llama> \*tuberculoso  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*ASPECTO SOCIAL EN EL HOGAR**

<is associated with> \*\*MALTRATO DE LOS PADRES  
 <is associated with> \*\*SITUACION ECONOMICA  
 <al que.... se le llama> \*nino con problema de aspecto social en el hogar"  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*BRONCONEUMONIA**

<al que.... se le llama> \*ninos con bronconeumonía  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*CUANDO ES HIJO UNICO**

<al que.... se le llama> \*engreidos  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*CUANDO LA MAMA NO QUIERE TENER EL BEBE**

<al que.... se le llama> \*ninos no deseados"  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>  
 \*\*TOMAR ANTIBIOTICOS <se refieren a lo mismo>

**\*\*CUANDO NO ESTUVO BIEN FORMADO**

<al que.... se le llama> \*prematuro  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*CUANDO SE CAE MUCHO**

<al que.... se le llama> \*nino caidas fuertes  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*CUANDO SON RETRAZADOS MENTALES**

<al que.... se le llama> \*con sindrome de down  
 <al que.... se le llama> \*mongolito  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*CUIDADO**

<al que.... se le llama> \*nino descuidado"  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*DESCUIDO DE LA MADRE"**

<al que.... se le llama> \*abandonado  
 <al que.... se le llama> \*desamparado  
 <al que.... se le llama> \*nino descuidado"  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*DESCUIDO DE PADRES"**

<al que.... se le llama> \*nino descuidado por padres"  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

- \*\*DESCUIDO GESTANTE**  
**\*\*SITUACIONES** <is associated with>
- \*\*EL AMBIENTE DONDE VIVE**  
 <is cause of> **\*\*ENFERMEDAD**  
 <al que.... se le llama> \*ninos que viven en mal ambiente"  
**\*\*LA LIMPIEZA** <is associated with>  
**\*\*NO BUENA ORIENTACION** <is associated with>  
**\*\*RECREACION** <is associated with>  
**\*\*SITUACION ECONOMICA** <is cause of>  
**\*\*SITUACIONES** <is associated with>
- \*\*ENFERMEDAD**  
 <al que.... se le llama> \*anemico  
 <al que.... se le llama> \*debil  
 <al que.... se le llama> \*debilucho  
 <al que.... se le llama> \*delicados de salud  
 <al que.... se le llama> \*enfermo"  
**\*\*EL AMBIENTE DONDE VIVE** <is cause of>  
**\*\*LA LIMPIEZA** <is cause of>  
**\*\*SITUACION ECONOMICA** <is cause of>  
**\*\*SITUACIONES** <is associated with>
- \*\*FALTA DE ALIMENTACION**  
 <al que.... se le llama> \*abandonado  
 <al que.... se le llama> \*bajo de peso  
 <al que.... se le llama> \*desnutrido  
 <al que.... se le llama> \*flaquito  
 <al que.... se le llama> \*inválidos  
 <al que.... se le llama> \*mongolito  
 <al que.... se le llama> \*raquitico  
 <al que.... se le llama> \*tuberculoso  
**\*\*SITUACIONES** <is associated with>
- \*\*FALTA DE AMOR DE LOS PADRES**  
 <is cause of> **\*\*\*DESCUIDO**  
 <al que.... se le llama> \*nino sin el amor de sus padres"  
**\*\*SITUACIONES** <is associated with>
- \*\*FALTA DE CARINO Y ATENCION**  
 <al que.... se le llama> \*abandonado  
 <al que.... se le llama> \*nino con falta de carino y atencion"  
**\*\*\*DESCUIDO** <is cause of>  
**\*\*SITUACIONES** <is associated with>
- \*\*FALTA DE COMUNICACION**  
 <al que.... se le llama> \*abandonado  
 <al que.... se le llama> \*nino con falta de comunicacion"  
**\*\*\*DESCUIDO** <is cause of>  
**\*\*SITUACIONES** <is associated with>
- \*\*FALTA DE CONTROL MEDICO**  
 <al que.... se le llama> \*abandonado  
 <al que.... se le llama> \*nino sin control medico"  
 <al que.... se le llama> \*retraso  
**\*\*\*DESCUIDO** <is cause of>  
**\*\*SITUACIONES** <is associated with>
- \*\*FALTA DE ESTIMULACION**  
 <al que.... se le llama> \*nino con falta de estimulación"  
 <al que.... se le llama> \*retraido  
 <al que.... se le llama> \*timido  
**\*\*SITUACIONES** <is associated with>
- \*\*FALTA DE ESTIMULACION DE LA MADRE**

<al que... se le llama> \*nino con falta de estimulación"  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*HUERFANO  
 <al que... se le llama> \*huerfano"  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*INFLUENCIA DE PADRES  
 <is associated with> \*\*NO BUENA ORIENTACION  
 <al que... se le llama> \*nino descuidado"  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*LA LIMPIEZA  
 <is associated with> \*\*EL AMBIENTE DONDE VIVE  
 <is cause of> \*\*ENFERMEDAD  
 <al que... se le llama> \*apestoso  
 <al que... se le llama> \*cochino  
 <al que... se le llama> \*desaseado  
 <al que... se le llama> \*nino descuidado"  
 <al que... se le llama> \*sucio  
 \*\*\*DESCUIDO <is cause of>  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*LOS LLEVAN A LA CUNA MUY CHICOS  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*MALA ALIMENTACION  
 <al que... se le llama> \*afligidos  
 <al que... se le llama> \*anemico  
 <al que... se le llama> \*desnutrido  
 <al que... se le llama> \*flaquito  
 <al que... se le llama> \*mal alimentado  
 <al que... se le llama> \*malnutrido  
 <al que... se le llama> \*nino mal alimentado"  
 <al que... se le llama> \*nino sin leche materna"  
 <al que... se le llama> \*raquitico  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*MALA ALIMENTACION DE GESTANTE  
 <al que... se le llama> \*desnutrido  
 <al que... se le llama> \*nino con madre gestante mal alimentada"  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*MALA GESTACION  
 <al que... se le llama> \*enfermito  
 <al que... se le llama> \*retardado  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*MALTRATO DE LA MADRE  
 <is associated with> \*\*MALTRATO DE LOS PADRES  
 <al que... se le llama> \*nino maltratado por la madre"  
 <al que... se le llama> \*traumados  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*MALTRATO DE LOS PADRES  
 <al que... se le llama> \*ninos maltratados"  
 \*\*ASPECTO SOCIAL EN EL HOGAR <is associated with>  
 \*\*MALTRATO DE LA MADRE <is associated with>  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*MONGOLISMO  
 <al que... se le llama> \*malformado  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*NO BUENA ALIMENTACION

<al que.... se le llama> \*anemico  
 <al que.... se le llama> \*bajo de peso  
 <al que.... se le llama> \*desnutrido  
 <al que.... se le llama> \*flaquito  
 <al que.... se le llama> \*golosos  
 <al que.... se le llama> \*mal alimentado  
 <al que.... se le llama> \*nino con padre desnaturalizado  
 <al que.... se le llama> \*no esta bien alimentado  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*NO BUENA ORIENTACION  
 <is associated with> \*\*EL AMBIENTE DONDE VIVE  
 <al que.... se le llama> \*ninos que no tienen buena orientación  
 \*\*\*DESCUIDO <is cause of>  
 \*\*INFLUENCIA DE PADRES <is associated with>  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*NO PARTO NORMAL  
 <al que.... se le llama> \*nino que no nacio de parto normal"  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*NO PECHO MATERNO  
 <al que.... se le llama> \*flaquito  
 <al que.... se le llama> \*nino sin leche materna"  
 -niño 1- MALA ALIMENTACION <es una reconstrucción de caso de>  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*NUTRICION  
 <al que.... se le llama> \*malnutrido  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*PADRES NO SE ASESORAN POR PSICOLOGO  
 <is cause of> \*\*\*DESCUIDO  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*PELEAS EN EL HOGAR  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR  
 <al que.... se le llama> \*abandonado  
 <los llamo> \*asustado"  
 <los llamo> \*nerviosos  
 <al que.... se le llama> \*nino con problemas en el hogar"  
 <al que.... se le llama> \*traumados  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*PROBLEMAS FAMILIARES  
 <al que.... se le llama> \*maltratado  
 <al que.... se le llama> \*nino con problemas familiares"  
 <al que.... se le llama> \*retrazo personal  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*RECREACION  
 <is associated with> \*\*EL AMBIENTE DONDE VIVE  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

\*\*SITUACION ECONOMICA  
 <is cause of> \*\*\*COMIDA DE COMEDOR  
 <is cause of> \*\*EL AMBIENTE DONDE VIVE  
 <is cause of> \*\*ENFERMEDAD  
 <al que.... se le llama> \*pobres  
 \*\*\*MADRES ABANDONADAS <is cause of>  
 \*\*\*MALOS TRABAJOS O SUELDO MISERABLE DEL PADRE <is associated with>  
 \*\*ASPECTO SOCIAL EN EL HOGAR <is associated with>  
 \*\*SITUACIONES <is associated with>

**\*\*SITUACIONES**

<is associated with> **\*\*ALIMENTACION**  
 <is associated with> **\*\*ALIMENTACION BALANCEADA**  
 <is associated with> **\*\*ASPECTO SOCIAL EN EL HOGAR**  
 <is associated with> **\*\*BRONCONEUMONIA**  
 <is associated with> **\*\*CUANDO ES HIJO UNICO**  
 <is associated with> **\*\*CUANDO LA MAMA NO QUIERE TENER EL BEBE**  
 <is associated with> **\*\*CUANDO NO ESTUVO BIEN FORMADO**  
 <is associated with> **\*\*CUANDO SE CAE MUCHO**  
 <is associated with> **\*\*CUANDO SON RETRAZADOS MENTALES**  
 <is associated with> **\*\*CUIDADO**  
 <is associated with> **\*\*DESCUIDO DE LA MADRE"**  
 <is associated with> **\*\*DESCUIDO DE PADRES"**  
 <is associated with> **\*\*DESCUIDO GESTANTE**  
 <is associated with> **\*\*EL AMBIENTE DONDE VIVE**  
 <is associated with> **\*\*ENFERMEDAD**  
 <is associated with> **\*\*FALTA DE ALIMENTACION**  
 <is associated with> **\*\*FALTA DE AMOR DE LOS PADRES**  
 <is associated with> **\*\*FALTA DE CARINO Y ATENCION**  
 <is associated with> **\*\*FALTA DE COMUNICACION**  
 <is associated with> **\*\*FALTA DE CONTROL MEDICO**  
 <is associated with> **\*\*FALTA DE ESTIMULACION**  
 <is associated with> **\*\*FALTA DE ESTIMULACION DE LA MADRE**  
 <is associated with> **\*\*HUERFANO**  
 <is associated with> **\*\*INFLUENCIA DE PADRES**  
 <is associated with> **\*\*LA LIMPIEZA**  
 <is associated with> **\*\*LOS LLEVAN A LA CUNA MUY CHICOS**  
 <is associated with> **\*\*MALA ALIMENTACION**  
 <is associated with> **\*\*MALA ALIMENTACION DE GESTANTE**  
 <is associated with> **\*\*MALA GESTACION**  
 <is associated with> **\*\*MALTRATO DE LA MADRE**  
 <is associated with> **\*\*MALTRATO DE LOS PADRES**  
 <is associated with> **\*\*MONGOLISMO**  
 <is associated with> **\*\*NO BUENA ALIMENTACION**  
 <is associated with> **\*\*NO BUENA ORIENTACION**  
 <is associated with> **\*\*NO PARTO NORMAL**  
 <is associated with> **\*\*NO PECHO MATERNO**  
 <is associated with> **\*\*NUTRICION**  
 <is associated with> **\*\*PADRES NO SE ASESORAN POR PSICOLOGO**  
 <is associated with> **\*\*PELEAS EN EL HOGAR**  
 <is associated with> **\*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR**  
 <is associated with> **\*\*PROBLEMAS FAMILIARES**  
 <is associated with> **\*\*RECREACION**  
 <is associated with> **\*\*SITUACION ECONOMICA**  
 <is associated with> **\*\*TOMAR ANTIBIOTICOS**

**\*\*TOMAR ANTIBIOTICOS**

<se refieren a lo mismo> **\*\*CUANDO LA MAMA NO QUIERE TENER EL BEBE**  
 <al que.... se le llama> \*enfermito  
 <al que.... se le llama> \*mongolito  
 <al que.... se le llama> \*retardado  
**\*\*SITUACIONES <is associated with>**

**\*abandonado**

**\*\*DESCUIDO DE LA MADRE"** <al que.... se le llama>  
**\*\*FALTA DE ALIMENTACION** <al que.... se le llama>  
**\*\*FALTA DE CARINO Y ATENCION** <al que.... se le llama>  
**\*\*FALTA DE COMUNICACION** <al que.... se le llama>  
**\*\*FALTA DE CONTROL MEDICO** <al que.... se le llama>  
**\*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR** <al que.... se le llama>

**\*afligidos**

**\*\*MALA ALIMENTACION** <al que.... se le llama>

- \*anemico
  - \*\*ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*ALIMENTACION BALANCEADA <al que.... se le llama>
  - \*\*ENFERMEDAD <al que.... se le llama>
  - \*\*MALA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*NO BUENA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  
- \*apestoso
  - \*\*LA LIMPIEZA <al que.... se le llama>
  
- \*asustado"
  - \*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR <los llamo>
  
- \*bajo de peso
  - \*\*FALTA DE ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*NO BUENA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  
- \*cochino
  - \*\*LA LIMPIEZA <al que.... se le llama>
  
- \*con sindrome de down
  - \*\*CUANDO SON RETRAZADOS MENTALES <al que.... se le llama>
  
- \*debil
  - \*\*ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*ENFERMEDAD <al que.... se le llama>
  
- \*debilucho
  - \*\*ENFERMEDAD <al que.... se le llama>
  
- \*delicados de salud
  - \*\*ENFERMEDAD <al que.... se le llama>
  
- \*desamparado
  - \*\*DESCUIDO DE LA MADRE" <al que.... se le llama>
  
- \*desaseado
  - \*\*LA LIMPIEZA <al que.... se le llama>
  
- \*desnutrido
  - #MAL DE OJO <se diferencia de>
  - \*\*ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*ALIMENTACION BALANCEADA <al que.... se le llama>
  - \*\*FALTA DE ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*MALA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*MALA ALIMENTACION DE GESTANTE <al que.... se le llama>
  - \*\*NO BUENA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  
- \*enfermito
  - \*\*MALA GESTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*TOMAR ANTIBIOTICOS <al que.... se le llama>
  
- \*enfermo"
  - \*\*ENFERMEDAD <al que.... se le llama>
  
- \*engreidos
  - \*\*CUANDO ES HIJO UNICO <al que.... se le llama>
  - \*timido <is associated with>
  
- \*flaquito
  - \*\*FALTA DE ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*MALA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*NO BUENA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*NO PECHO MATERNO <al que.... se le llama>

- \*golosos
  - \*\*NO BUENA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
- \*huerfano"
  - \*\*HUERFANO <al que.... se le llama>
- \*inválidos
  - \*\*FALTA DE ALIMENTACION <al que.... se le llama>
- \*mal alimentado
  - \*\*MALA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*NO BUENA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
- \*malformado
  - \*\*MONGOLISMO <al que.... se le llama>
- \*malnutrido
  - \*\*MALA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*NUTRICION <al que.... se le llama>
- \*maltratado
  - \*\*PROBLEMAS FAMILIARES <al que.... se le llama>
- \*mongolito
  - \*\*CUANDO SON RETRAZADOS MENTALES <al que.... se le llama>
  - \*\*FALTA DE ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*TOMAR ANTIBIOTICOS <al que.... se le llama>
- \*muerto de hambre
  - \*\*ALIMENTACION <al que.... se le llama>
- \*nerviosos
  - \*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR <los llamo>
- \*nino caidas fuertes
  - \*\*CUANDO SE CAE MUCHO <al que.... se le llama>
- \*nino con falta de carino y atencion"
  - \*\*FALTA DE CARINO Y ATENCION <al que.... se le llama>
- \*nino con falta de comunicacion"
  - \*\*FALTA DE COMUNICACION <al que.... se le llama>
- \*nino con falta de estimulación"
  - \*\*FALTA DE ESTIMULACION <al que.... se le llama>
  - \*\*FALTA DE ESTIMULACION DE LA MADRE <al que.... se le llama>
- \*nino con madre gestante mal alimentada"
  - \*\*MALA ALIMENTACION DE GESTANTE <al que.... se le llama>
- \*nino con padre desnaturalizado
  - \*\*NO BUENA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
- \*nino con problema de aspecto social en el hogar"
  - \*\*ASPECTO SOCIAL EN EL HOGAR <al que.... se le llama>
- \*nino con problemas en el hogar"
  - \*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR <al que.... se le llama>
- \*nino con problemas familiares"
  - \*\*PROBLEMAS FAMILIARES <al que.... se le llama>
- \*nino descuidado por padres"
  - \*\*DESCUIDO DE PADRES" <al que.... se le llama>



- \*nino descuidado"
  - \*\*CUIDADO <al que.... se le llama>
  - \*\*DESCUIDO DE LA MADRE" <al que.... se le llama>
  - \*\*INFLUENCIA DE PADRES <al que.... se le llama>
  - \*\*LA LIMPIEZA <al que.... se le llama>
  
- \*nino mal alimentado"
  - \*\*MALA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  
- \*nino maltratado por la madre"
  - \*\*MALTRATO DE LA MADRE <al que.... se le llama>
  
- \*nino no bien nutrido"
  - \*\*ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  
- \*nino que no nacio de parto normal"
  - \*\*NO PARTO NORMAL <al que.... se le llama>
  
- \*nino sin control medico"
  - \*\*FALTA DE CONTROL MEDICO <al que.... se le llama>
  
- \*nino sin el amor de sus padres"
  - \*\*FALTA DE AMOR DE LOS PADRES <al que.... se le llama>
  
- \*nino sin leche materna"
  - \*\*MALA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*NO PECHO MATERNO <al que.... se le llama>
  
- \*ninos con bronconeumonía
  - \*\*BRONCONEUMONIA <al que.... se le llama>
  
- \*ninos maltratados"
  - \*\*MALTRATO DE LOS PADRES <al que.... se le llama>
  
- \*ninos no deseados"
  - \*\*CUANDO LA MAMA NO QUIERE TENER EL BEBE <al que.... se le llama>
  
- \*ninos que no tienen buena orientación
  - \*\*NO BUENA ORIENTACION <al que.... se le llama>
  
- \*ninos que viven en mal ambiente"
  - \*\*EL AMBIENTE DONDE VIVE <al que.... se le llama>
  
- \*no esta bien alimentado
  - \*\*NO BUENA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  
- \*pobres
  - \*\*SITUACION ECONOMICA <al que.... se le llama>
  
- \*prematuro
  - \*\*CUANDO NO ESTUVO BIEN FORMADO <al que.... se le llama>
  
- \*raquitico
  - \*\*ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*FALTA DE ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*MALA ALIMENTACION <al que.... se le llama>
  
- \*retardado
  - \*\*MALA GESTACION <al que.... se le llama>
  - \*\*TOMAR ANTIIBIOTICOS <al que.... se le llama>
  
- \*retraido
  - \*\*FALTA DE ESTIMULACION <al que.... se le llama>
  
- \*retraso

**\*\*FALTA DE CONTROL MEDICO <al que.... se le llama>**

**\*retrazo personal**

**\*\*PROBLEMAS FAMILIARES <al que.... se le llama>**

**\*sucio**

**\*\*LA LIMPIEZA <al que.... se le llama>**

**\*tebeciano**

**\*\*ALIMENTACION <al que.... se le llama>**

**\*timido**

**<is associated with> \*engreidos**

**\*\*FALTA DE ESTIMULACION <al que.... se le llama>**

**\*traumados**

**\*\*MALTRATO DE LA MADRE <al que.... se le llama>**

**\*\*PROBLEMAS EN EL HOGAR <al que.... se le llama>**

**\*tuberculoso**

**<is associated with> TUBERCULOSIS**

**#SUSTO <se parece>**

**\*\*ALIMENTACION <al que.... se le llama>**

**\*\*ALIMENTACION BALANCEADA <al que.... se le llama>**

**\*\*FALTA DE ALIMENTACION <al que.... se le llama>**

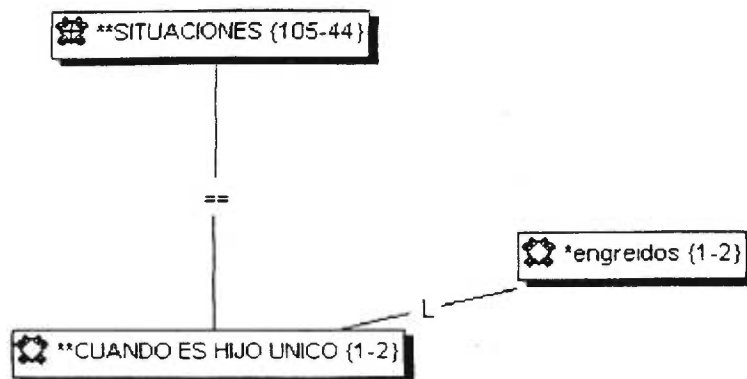
## **ANEXO IV**

**Redes semánticas asociadas al campo semántico de desarrollo infantil**

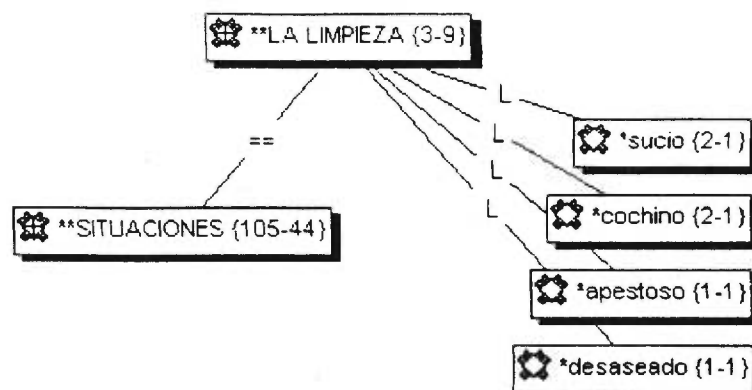
ESQUEMA N°11 RED SEMANTICA \*\*CUANDO NO ESTUVO BIEN FORMADO



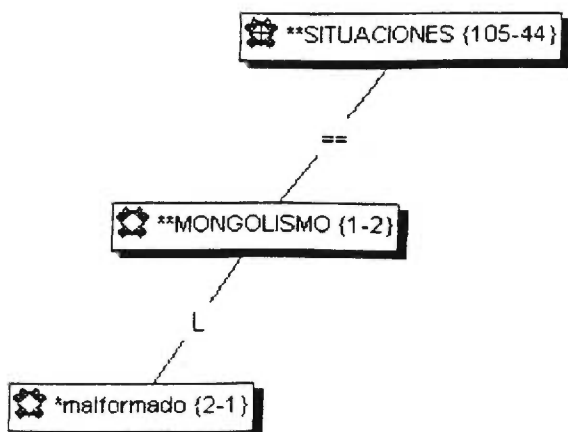
ESQUEMA N°12 RED SEMANTICA \*\*CUANDO ES HIJO UNICO



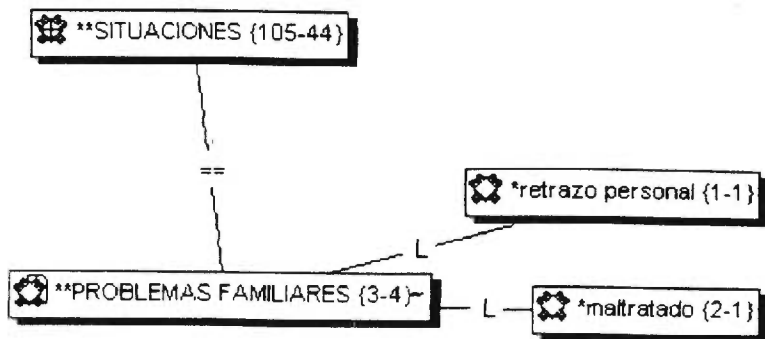
ESQUEMA N°13 RED SEMANTICA \*\*LA LIMPIEZA



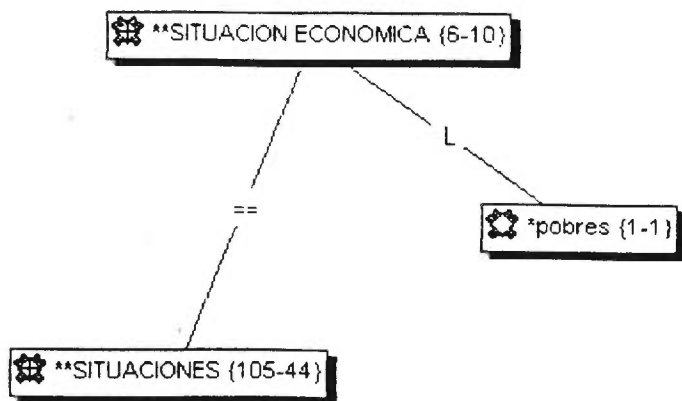
**ESQUEMA N°14 RED SEMANTICA \*\*MONGOLISMO**



**ESQUEMA N°15 RED SEMANTICA \*\*PROBLEMAS FAMILIARES**



**ESQUEMA N°16 RED SEMANTICA \*\*SITUACION ECONOMICA**

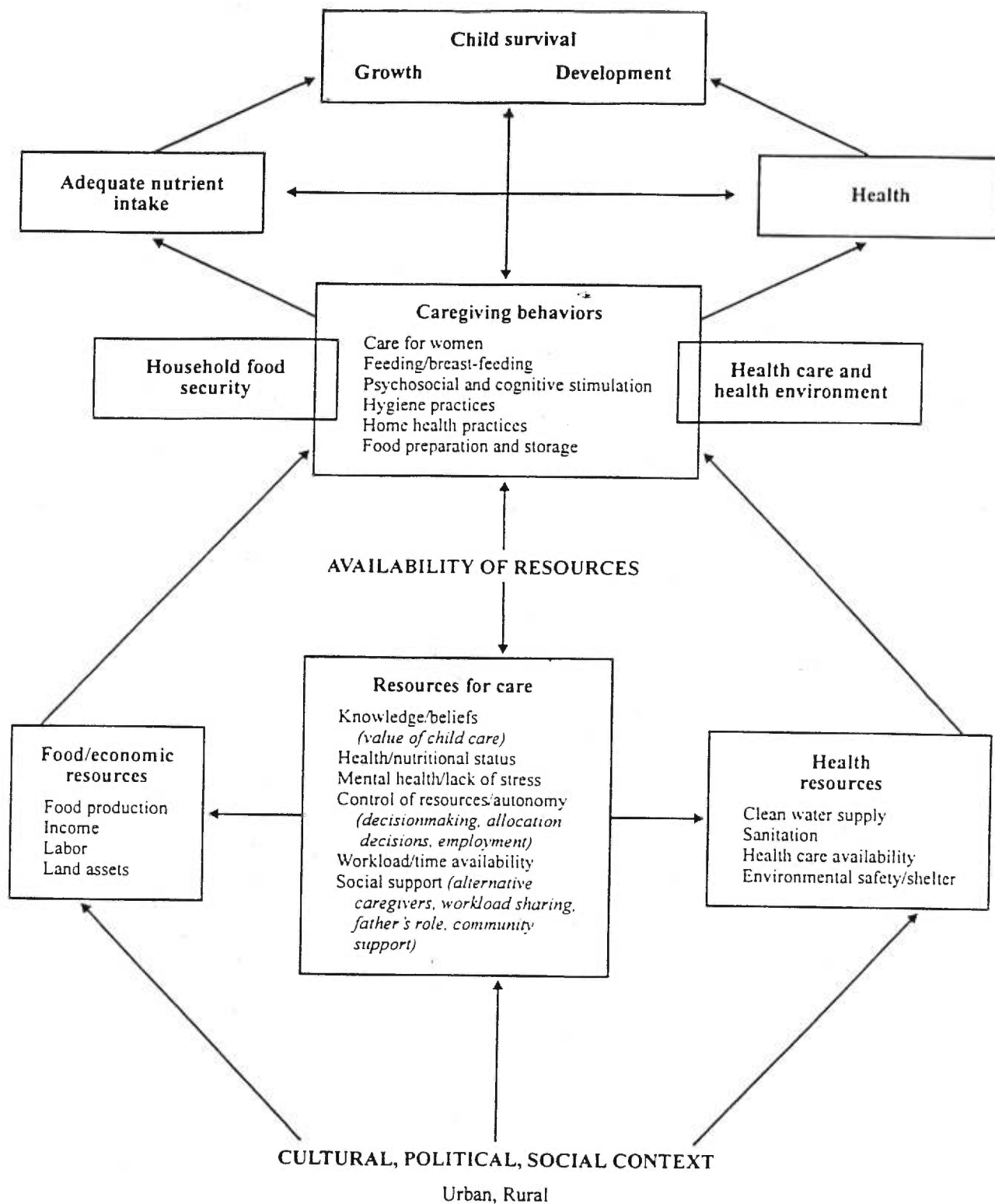




**ANEXO V**

***Extended Model of Care***

## ESQUEMA N°18 EXTENDED MODEL OF CARE



Fuente: Engle et al. (1997)



## AGRADECIMIENTOS

Como estudiante extranjera, la presentación de la memoria marca el fin no sólo de mis estudios de maestría sino el fin de mi estadía en Montreal. Estos años en Montreal han sido años de sueños y empeño que he tenido la suerte de compartir con personas a las que me gustaría reconocer. Con Bindu y Veenu hicimos de Montreal nuestro hogar y han sido siempre mis cómplices y mi auxilio. No hay palabras para agradecerles. Con Christine, Gilles y otros curiosos del español, pude entender un poco el Quebec y disfrutar de su cultura y sus paisajes. Con Cécile, Virginie, Amantina, Elizabeth, Balin, Samba y otros compañeros de estudios he recorrido con buen humor la maestría y algunas veces otros itinerarios urbanos memorables.

Tuve una 'expansión de conciencia' gracias a mis estudios en el departamento y por eso agradezco a mis profesores. Disfruté enormemente los cursos y las conversaciones con Gilles Bibeau, John Leavitt, Robert Crépeau, Deirdre Meintel y Kevin Tuite. Gilles Bibeau me permitió repensar mi interés original en la medicina tradicional en el marco de una apertura hacia los diferentes problemas de antropología médica. Cada una de sus clases fue un descubrimiento apasionado para mí y me ubicó en un desarrollo profesional del que de alguna manera doy testimonio en esta memoria. Para escribirla en estos meses, su apoyo como asesor ha sido invaluable.

Quiero agradecer de manera especial a Celia, por haber comentado versiones anteriores de la memoria, y por haber podido compartir con ella las alegrías y ansiedades propias de encontrar en mí, la voz necesaria para escribir. Quiero reconocer también la amabilidad enorme de Deirdre que compartió conmigo su oficina durante los últimos meses de redacción.

Esta investigación que presento como tema de mi memoria no hubiera sido posible sin el apoyo financiero y logístico de A. B. Quiero agradecer particularmente al Dr. Luis Segura por su visión y confianza, y al equipo del Departamento de Investigaciones por su apoyo entusiasta en las diferentes etapas de la investigación. Quiero manifestar mi agradecimiento especial a las mujeres de Tahuantinsuyo que compartieron con nosotras sus reflexiones, experiencias y preocupaciones respecto a los problemas de desarrollo y desnutrición infantil. Quiero reconocer en el mismo sentido, el empeño de las cuatro antropólogas que colaboraron de manera importante en el trabajo de campo: Ana Cecilia Carrillo, Paula Maguiña, Rocío Trigoso y Paloma Visscher.