

Alimentación en la adversidad: entender los comportamientos alimentarios desde una perspectiva socioeducativa

Por María Del Carmen Vera Rosales

María del Carmen Vera Rosales. Profesora investigadora. Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-X, México.

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

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

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

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

1. Reconstrucción de los principales ejes teóricos de la investigación

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

incluir un proceso alimentario especial, por llamarlo de alguna manera.

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

Aún cuando el eje de análisis está colocado en la perspectiva de la familia y secundaria-mente en los aspectos institucionales que la rodean, es necesario enfatizar que ello no excluye el hecho de que los “datos” como tal y la información que aquí se presenta, se ha obtenido sistematizando y analizando de acuerdo con un modelo interpretativo construido, en este caso por la investigadora, que incorpora las condiciones objetivas donde se enmarcan los discursos de los actores sociales involucrados (MENEDEZ y DIPARDO,1996).

1.1 Modelos Médicos

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

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

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

Así Sigerist, afirmaba que la medicina es una de las actividades más estrechamente vinculadas con la cultura, porque toda la transformación de la atención médica está condicionada no solo por el avance en el plano de los conocimientos médicos y la disponibilidad de los adelantos tecnológicos, sino por las transformaciones en las ideas dominantes de la época (SIGERIST, H. 1985).

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

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

prevención y recuperación definen un espacio donde la comunicación y las relaciones intersectoriales exponen su papel protagónico para la creación, el cuidado y la recuperación de la salud.

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

1.2.2 Hegemonía y subalternidad de los modelos

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

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

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

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

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

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

Algunos sistemas de conocimiento son aceptados socialmente por una mayoría o una minoría con poder, merced a lo cual se van instituyendo como hegemónicos o dominantes respecto de otros modelos que aparecen como subalternos o subordinados. Claramente el modelo que es hegemónico en nuestras sociedades tiene como características ser biologicista, ahistórico, curativo, pragmático, está controlado por el experto que de forma casi impersonal administra un conocimiento a quien se ubica en el rol de paciente (MENENDEZ, E.1988).

1.2.3. Modelos médicos y sistemas de atención a la salud

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

Dentro de las posiciones teóricas que han abordado la relación entre los modelos médicos, dos de ellas destacan por su desarrollo tanto desde el punto vista teórico como empírico, por lo que se hará referencia a los planteamientos formulados por E. L. Menéndez (1984) y A. Kleiman (1978), que en torno a esta articulación reflejan algunas similitudes y diferencias patentes, haciendo quizá mayor referencia a los planteamientos de E. Menéndez, que ofrece una visión más

crítica e integral, por supuesto que se tomarán solo aquellos conceptos y líneas de análisis que para fines de este trabajo resultan ser los más relevantes, y por último, en este mismo aspecto se tomará como referencia a Marie Françoise, sobre todo en el tema del modelo de autoatención (AA), que aunque ella no lo denomina así, incluye todas sus características de manera detallada.

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

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

Cuadro 1. Modelos Médicos

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

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

- * Modelo Médico Hegemónico (MMH)
- ** Modelo Alternativo Subordinado (MMAS)
- *** Modelo de Autoatención

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

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

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

No se pretende desarrollar aquí toda la propuesta teórica de los autores citados y aún a riesgo de hacer una exposición reduccionista de sus sendos aportes, deseo recuperar aquellos elementos pertinentes a esta investigación. Se observan ciertas similitudes entre ambos, aunque las diferencias y los matices que cada uno introduce, van definiendo sus respectivos enfoques (Cuadro 2).

Cuadro 2. Criterios Menéndez-Kleiman: Sincronías y Diferencias

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

Vera, C. Estructura de criterios Menéndez-Kleiman.

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

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

Los dos coinciden al identificar el sector popular o el modelo de autoatención, como la principal estructura de atención a las enfermedades, aunque el concepto de Menéndez resulta ser más inclusivo, pues remite toda una serie de actividades “extra-asistenciales” que incorporan procesos no solo de atención /prevención a la enfermedad, sino de mantenimiento y cuidado de la salud.

Kleinman focaliza las actividades del sector popular en los procesos de detección, diagnóstico, curación y evaluación de los padecimientos que orientan la conducta de búsqueda de atención a la enfermedad, que remitiría a la estructura de automedicación en el modelo de Menéndez.

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

Como hemos señalado anteriormente, el modelo de autoatención se desarrolla en el interior del grupo familiar y/o de las redes sociales de apoyo, e incluye una serie de actividades orientadas a curar o prevenir los padecimientos o abatir el daño. En esta estructura de atención, no existe la intervención directa de algún curador reconocido como profesional. En la mayor parte de los casos opera como el primer nivel de atención y puede decirse que casi siempre la lleva a cabo una figura femenina (MARIE FRANCOISE, 1993). Consideramos que el trabajo con las madres de familia, es una esfera privilegiada para el análisis de la interrelación de modelos médicos, ya que sus prácticas y representaciones reflejan una permanente síntesis, significación y resignificación de saberes que remiten en última instancia a diferentes modelos médicos (MENENDEZ, 1984).

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

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

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

2. Aproximación metodológica

2.1 Justificación del diseño metodológico

El presente proyecto tiene relevancia específica para el estudio del contexto que rodea a los sujetos, basándonos en que la relación entre el hombre y su medio social y natural no se ha desarrollado siempre igual. La historia como recuento del desarrollo nos muestra a partir del análisis de los modos de producción, cómo cada formación socioeconómica ha aportado diversas condiciones para que el hombre desarrolle su vida. El modo en que los miembros y las clases de una sociedad utilizan estas condiciones, determina y condiciona su “modo de vida”. Para su análisis, es preciso investigar la propia vida como conjunto de actividades condicionadas socialmente, como son: el empleo, los ingresos, la vivienda, las condiciones de trabajo, la educación, el descanso, la recreación y por supuesto, la atención a la salud, entre otros (ROJAS, R. 1990).

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

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

2.2 El proceso de la investigación

2.2.1 Fases de la investigación y del trabajo de campo.

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

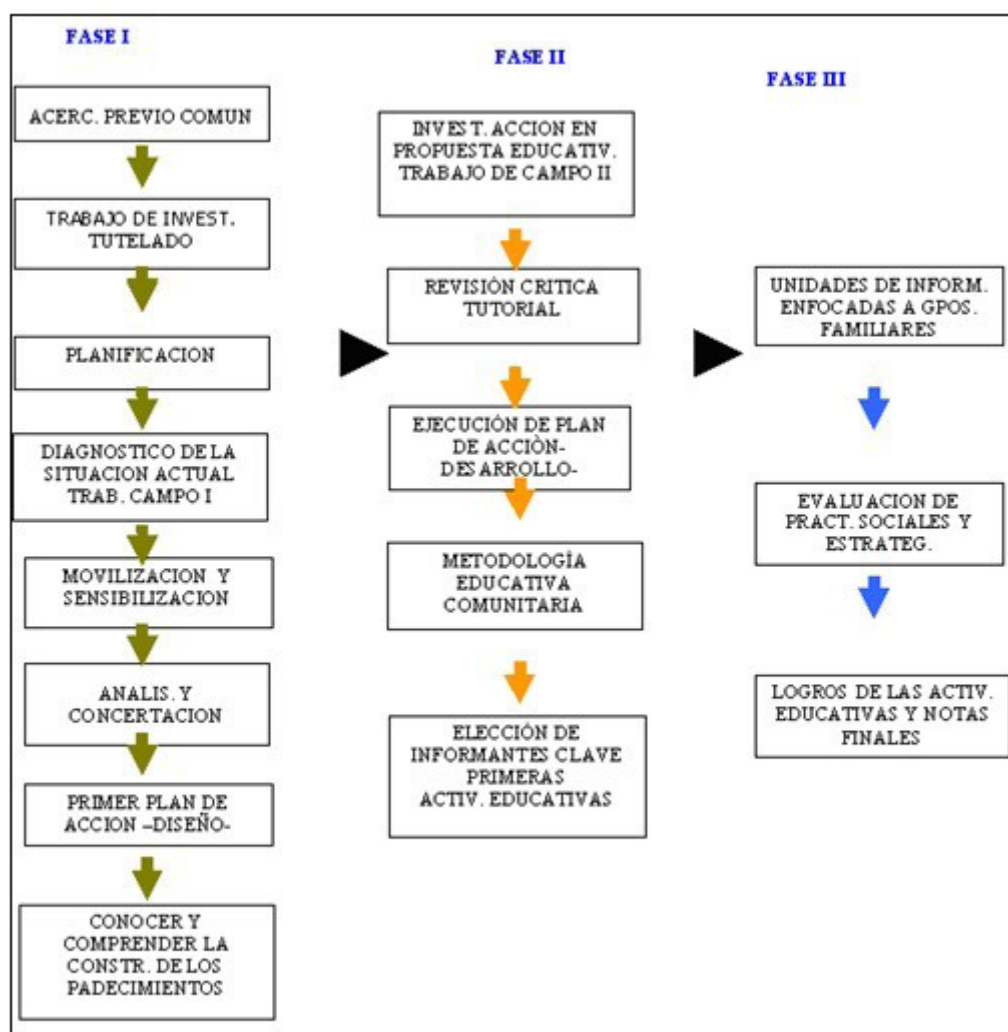


Figura 1. Flujograma secuencial del estudio

3. Consideraciones finales

A lo largo de esta investigación se trató de responder a las interrogantes teóricas empíricas planteadas en un principio. Básicamente logramos indagar las cuestiones racionadas con los saberes, diagnóstico, etiologías, terapéuticas y aspectos preventivos que tienen las familias estudiadas respecto a las tres enfermedades más frecuentes (SM) y la relación con su alimentación, es decir, los procesos relacionados en la salud-enfermedad-alimentación de manera global.

Por ello, ha sido un logro importante plasmar las racionalidades que organizan la conducta de búsqueda de atención de las madres de familia a través de la reconstrucción de la trayectoria alimentaria y de salud.

En este último capítulo se destacarán los planteamientos sobre las dimensiones que a nuestro juicio resultan esenciales para la comprensión de los “modelos de pensamiento”

Es recomendable que los procesos descritos y analizados sean comprendidos en el marco de una dinámica de reexpansión y urbanización, podría decirse que acelerada en la localidad de las Cabañas.

Nos encontramos con un panorama socioeconómico caracterizado por carencias económicas drásticas, unidas a una situación laboral general, que implica muchas horas de trabajo y una remuneración salarial insuficiente para cubrir las necesidades básicas. Esta situación impacta de manera importante en el proceso de salud-enfermedad-alimentación. En términos económico-productivos, encontramos un marcado crecimiento del sector servicios (actividades no profesionales: cajeros, ayudantes generales y en segundo lugar otras actividades como intendencia o comercial, su propio negocio en casa). Se percibe la necesidad de tener su propia fuente de ingresos que ha dado lugar a la creación de pequeños negocios construidos en sus propias casas, como fruterías, papelerías y puestos ambulantes de comida, entre otros, como una respuesta a la difícil situación socioeconómica. También se encontraron familias que están sometidas a una exhaustiva actividad laboral con un ingreso precario y una muy baja calidad de vida con sus respectivas consecuencias alimentarias y de salud.

Sobresale la carga laboral de las mujeres, que trabajan en casa atendiendo la necesidades de la familia y en muchos casos incorporadas a labores que implican la obtención de mayores ingresos a costa de su salud física y emocional, quizá como una estrategia mas de búsqueda de mejoramiento general de la familia.

a) Las tensiones entre las representaciones y las practicas sociales

Analizando la relación entre representaciones y practicas sociales, observamos que si bien existe una correspondencia general entre lo que se piensa y lo que se hace respecto a la alimentación y las enfermedades, esta no es univoca ni inmutable. Esto lo podemos observar por ejemplo, cuando las madres de familias participantes en el estudio describieron cual debía ser la alimentación ideal en las enfermedades del Síndrome Metabólico (SM). Ellas pueden delimitar con cierta precisión los cuadros diagnósticos y terapéuticos de las diferentes enfermedades que integran dicho síndrome (diabetes, obesidad e hipertensión). No obstante, cuando estas mujeres se enfrentan a episodios de las enfermedades mencionadas, lo que se observa en la dimensión de sus practicas sociales es una especie de recomposición y adecuación de dichos cuadros “ideales”. En estos casos no siempre se reproduce mecánicamente todo el esquema diagnóstico y terapéutico planteado en la representación social.

Lo que si aparece de modo predominante es la recuperación de signos y síntomas que se estructuran al interior de la enfermedad, que a veces permite elaborar un pronóstico a través del cual se va construyendo reconstruyendo los diferentes padecimientos y su respectiva alimentación. Para el tratamiento del SM, incluida la alimentación, se observa una síntesis y combinación de saberes populares y biomédicos a nivel de la causalidad, diagnóstico tratamiento y prevención. A pesar de las características de la localidad, respecto a su respectiva alimentación.

Para el tratamiento del SM, incluida la alimentación se observa una síntesis y combinación de saberes populares y biomédicos a nivel de causalidad, diagnóstico tratamiento y prevención. A pesar de las características de la localidad, respecto a su origen rural, identificamos la creencia de que los tratamientos y curadores alopático tienen una mayor eficacia curativa que los populares

b) Las tensiones entre la supervivencia, las representaciones saludables y la calidad de vida.

El aspecto alimentario, por supuesto que está absolutamente presente en este trabajo, pero merece la pena mirarlo en forma detallada en estas consideraciones finales.

Los aspectos de seguridad alimentaria que se abordaron nos permitieron ver la crisis de acceso a los alimentos que se manifiesta por la caída de capacidad compra que las mismas familias expusieron (aumento de los precios y disminución los ingresos). Para mejorar su acceso a la alimentación, los hogares diversificaron fuentes de ingreso y abastecimiento y se autoexplotaron, trabajando más, apoyan sus elecciones alimentarias en representaciones del “cuerpo fuerte”. Así seleccionaron alimentos “rendidores” y comidas “baratas que llenan y gustan”, forman canastas alimentarias que permitieron moderar las crisis económica actual. Situación que no es propicia, desafortunadamente, para una alimentación equilibrada, contrario, la búsqueda de volumen sostenido por hidratos de carbono (pan y tortillas de maíz), saciedad (sopas de pasta, frijol y grasas) y sabor (azúcares), sitúa a la población en una situación crítica desde el punto de vista nutricional que se manifiesta en la obesidad y la malnutrición.

c) Las tensiones entre las explicaciones vitales y las médicas: el padecer de los adultos con el SM.

La población estudiada abordó modelos causales significativos en términos de su historia personal y su sistema de creencias. Aunque muchos de los enfermos dicen no saber la causa de su enfermedad, a través de las entrevistas surgieron ciertas ideas a destacar, como por ejemplo: situaciones de pobreza, trabajo excesivo y estrés emocional.

Encontramos que si bien se aceptan las explicaciones biomédicas de la herencia, ciertos eventos dentro de la historia personal del paciente se convierten en las causas que para ellos desencadenan su enfermedad. La población estudiada elabora, conceptos complejos sobre enfermedades, como la diabetes, la obesidad y la hipertensión (SM), y por supuesto la formas de alimentarse. Durante estos eventos los factores culturales y psicosociales son importantes para la comprensión del padecer. En este sentido se puede ver que el ámbito de las relaciones sociales que rodean a las personas de la localidad estudiada, es un elemento fundamental de las explicaciones

En general, la diabetes y la hipertensión se asociaron significativamente a los sustos la pobreza; la obesidad no se consideró como enfermedad, a menos que estuviera directamente asociada con la hipertensión o dislipidemias. Estas dos últimas, si asocian con la forma de alimentarse, aunque se argumenta que tiene mucha relación con aspectos económicos y laborales. También se detectaron diferencias de género para las enfermedades. Para los hombres, podemos decir que de las tres enfermedades (SM), el origen se encuentra relacionado, frecuentemente con ac-

cidente o acontecimientos imprevistos en su trabajo. Señalan cómo se vieron enfrentados hechos violentos o accidentes que los llevaron a enfermarse. Mientras que las mujeres interpretan las causas de su enfermedad dentro del ámbito de sus relaciones familiares. Ellas destacaron sobre todo situaciones emocionales: las impresiones, el coraje, el sufrimiento, las preocupaciones y los problemas familiares.

d) Las tensiones entre lo médico y lo racional y las ideas sobre su enfermedad, su alimentación y su atención

Todas las personas que padecen alguna de las enfermedades mencionadas dentro de la población de estudio han recibido explicaciones médicas sobre su enfermedad. Sin embargo encontramos que no existe una idea clara de cómo esta enfermedad actúa y mucho menos en los aspectos alimentarios determinantes que incluyen muchas prohibiciones y “satanización” de la ingesta de algunos alimentos. No conocen las razones de esta ingesta que a veces puede ser hasta contradictoria a la forma de vivir de la población estudiada. En el caso de la diabetes, por ejemplo, sí la relacionan con la existencia de la glucosa en sangre y la falta de insulina; pero también la consideran como una entidad externa que se apodera de las personas y se instala en ellos.

Este último aspecto también lo relacionan con la obesidad aunque en ningún momento perciben la interacción de la obesidad con la diabetes. Los síntomas que describen las personas estudiadas se ajustan a los cuadros clínicos de la enfermedad, aunque consideran que las molestias se incrementan con los problemas particulares de cada persona. Aquí se destaca nuevamente como el contexto social es muy importante en el padecer: *“yo creo que me alimento muy bien aunque algunas veces no tengo tiempo de comer; la cuestión es que aún así subo mucho de peso”*.

Respecto a su atención, la biomedicina es la práctica de atención más utilizada; aunque no existe algunas veces confianza en los médicos, ya sea en el servicio médico que le corresponde o en la medicina privada en los pequeños consultorios cercanos a sus domicilios.

e) Las tensiones entre lo médico y lo racional y las ideas sobre su enfermedad, su alimentación y su atención

Todas las personas que padecen alguna de las enfermedades mencionadas dentro de la población de estudio han recibido explicaciones médicas sobre su enfermedad. Sin embargo encontramos que no existe una idea clara de cómo esta enfermedad actúa y mucho menos en los aspectos alimentarios determinantes que incluyen muchas prohibiciones y “satanización” de la ingesta de algunos alimentos.

No conocen las razones de esta ingesta que a veces puede ser hasta contradictoria a la forma de vivir de la población estudiada. En el caso de la diabetes, por ejemplo, sí la relacionan con la existencia de la glucosa en sangre y la falta de insulina; pero también la consideran como una entidad externa que se apodera de las personas y se instala en ellos. Este último aspecto también lo relacionan con la obesidad aunque en ningún momento perciben la interacción de la obesidad con la diabetes. Los síntomas que describen las personas estudiadas se ajustan a los cuadros clínicos de la enfermedad, aunque consideran que las molestias se incrementan con los problemas particulares de cada persona. Aquí se destaca nuevamente como el contexto social es muy importante en el padecer: *“yo creo que me alimento muy bien aunque algunas veces no tengo tiempo de comer; la cuestión es que aún así subo mucho de peso”*.

Respecto a su atención, la biomedicina es la práctica de atención más utilizada; aunque no existe algunas veces confianza en los médicos, ya sea en el servicio médico que le corresponde

o en la medicina privada en los pequeños consultorios cercanos a sus domicilios.

Sin embargo, respecto a los medicamentos alopáticos, hay en general mucha desconfianza, ya que se maneja la noción de que su eficacia es limitada y sus efectos nocivos son muchos. Respecto a la insulina, hay una creencia común de que es dañina. En el caso tanto de la diabetes, la obesidad y los problemas de dislipidemias, se buscan diversas plantas, buscando un mejor control de las enfermedades para disminuir el consumo de pastillas. Existe además la idea generalizada de las dificultades para seguir las dietas y los ejercicios: La dieta es casi imposible, pues no se pueden hacer tantos tipos de comidas.

Aún cuando se plantea la posibilidad de encontrar curación en medicinas alternativas se utilizan poco los terapeutas populares o las plantas medicinales. Estas son empleadas frecuentemente por recomendaciones de familiares o de amigos. Lo que estas personas si tienen muy presente es que su enfermedad es crónica y no tiene curación. En ello si que parece que los médicos han insistido mucho.

Es así como el padecimiento se construye en uno de los eventos significativos en la vida de las personas, donde las categorías culturales interactúan situaciones sociales y psicológicas para transformar la experiencia y la vida de los sujetos. (KLEINMAN, A, P. BRODWIN, et al 1992)

La aproximación metodológica que implicó las representaciones sociales permitió conocer el enfoque de los actores así como del sistema biomédico dentro del proceso salud-enfermedad-alimentación la cual tuvo como propósito, entre otros, dar la palabra a los sujetos que componen la localidad en estudio

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. Y VISALBERGHI, A. (1993): Historia de la Pedagogía. Fondo de Cultura Económica, México.

AGUIRRE B. G. (1994): Programas de Salud en Situación Intercultural; Fondo de Cultura Económica, México.

AGUIRRE, P.; (2000): Ricos Flacos y Gordos Pobres, la Alimentación en Crisis. Edit. Capital Intelectual. Buenos Aires.

AGUIRRE, P. (1988): La seguridad alimentaria. Una visión desde la antropología. En: Enfoque integral del desarrollo en la infancia. El futuro comprometido. CLACyD. Fundación LACMAT. Programa Apoyo a la educación inicial.

ALONSO L. E. (1989): La mirada cualitativa en sociología. Colección, Ciencia serie Sociología. Edit. Fundamentos.

ALMEIDA-FILHO, N. (2000): La ciencia tímida. Ensayos de reconstrucción de la epidemiología. Lugar, Buenos Aires.

AMARTYA, S. (2002): El derecho a no tener hambre. Editorias de la Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

BANET E. (2004): Educación para la salud: la alimentación. Claves para la innovación educativa 25. Ed. Laboratorio Educativo. Graó.

BARBERÁ E. (2000): El Constructivismo en la práctica. Edit. Laboratorio educativo, Graó.

BECCAR V. C. (1990): Módulo para capacitación sobre la lactancia materna. Washington: OPS-OMS, Serie Patex para técnicos medios y auxiliares.

BACHELARD, G. (1997): La formación del espíritu científico..Siglo XXI, México.

BAUDRILLARD, J. (1988): La Sociedad de Consumo; Barcelona, Plaza y Janés. Siglo XXI, Madrid.

BECKER MH (1974): The health belief model and personal health behavior. Health Education Monograph, 2: 10-24.

BELTRAN, L. R. (1972): Los medios de comunicación y el desarrollo Latinoamericano. CIMPEC de la OEA , 1972. Bogotá, Colombia.

BENEIT P.J. (1994): Conductas de salud, en : LATORRE J.M., BENEIT P.J.: Psicología de la Salud. 3ª Ed. Lumen, Buenos Aires.

CALVO, E. AGUIRRE, P. (2005): Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable. Archivos. Argentinos de Pediatría, 103, 1, 77-90. (www.scielo.org.ar/pdf/aap/v103n1/v103n1a15.pdf-consultado octubre 2006.

CAPITAN DIAZ, A. (1986): Historia del pensamiento pedagógico en Europa. Dykinson. Madrid, Vol. I

CARREÑO, M. (2001): Teorías e instituciones Contemporáneas de la educación, Síntesis, Madrid.

DEL CARMEN, L. M.(1988): Investigación del medio y aprendizaje. Graó y Biblioteca del Maestro, Barcelona.

DECLARACIÓN MINISTERIAL DE MÉXICO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (2000). Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; Promoción de la Salud Hacia una Mejor equidad. Ciudad de México. Junio. CNI.

DELAMATER, A. (2001): Psychosocial Therapies. Diabetes Care, 24:1286-1292.

DELORS, J. (1997): La Educación o la Utopía necesaria. En V.V. A.A.: La educación encierra un tesoro (Informe a la UNESCO, de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, presidida por Jacques Delors) Santillana/UNESCO, Madrid

ENSANUT 2005-2006 -ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN.2006 INSALUD, INSP México, D.F.

ERNST, E. (2001): Complementary Medicine. Diabetes Care, 24:1486-1488.

FAO (2001): Cuestiones éticas en los sectores de la alimentación y la agricultura. FAO, Roma.

FAO, FIDA Y PIMA (2002): La Reducción de la Pobreza y el Hambre: La función fundamental de la Financiación de la Alimentación la Agricultura y el desarrollo Rural. Ginebra Suiza.

FAURE, E. (1975): Aprender a ser, la educación del futuro. Alianza, Madrid.

- FARB, P.y ARMELAGOS, G. (1985): *Anthropologies des Coutumes Alimentaries*. Denoel, París.
- FARIAS A. (2000): *Salud pública y educación para la salud*. Ed. Massson
- FREIRE, P. (1997): *La importancia de leer y el proceso de liberación*. Siglo XXI. México.
- FRANCOISE, M. (1993): *Promover la vida*. Mc Graw Hill. Madrid.
- GADAMER, H.G. (1977): *Verdad y Método*. Las grandes líneas de la hermenéutica filosófica. Sígueme, Salamanca.
- GAJARDO, M. (1983): *Investigación Participativa*. Propuestas y Proyectos. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 13(1): 50-83.
- GALEANO E. (2002): *Paradojas*. Publicado en *La Jornada*. 19 de octubre. México, D.F.
- GARCIA, M. (1986): *Escritos anarquistas sobre educación*. Zero, Madrid.
- HABERMAS, J. (1994). *Conciencia moral y acción educativa*. Península, Barcelona.
- HABERMAS, J. (1999). *Teoría de la acción comunicativa, Tomo I: Racionalidad de la Acción y Racionalización Social*. Taurus, Madrid.
- HELMAN, C. (1990): *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*, Butterworth Co. Publishers Ltd.
- IBÁÑEZ, J. (2000): *Sobre la metodología cualitativa*. *Revista Española de Salud Pública*; 76(5):493-507.
- JADUE, L.; VEGA J.; ESCOMAR, M.C, y otros. (1999): *Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles: métodos y resultados de la encuesta CARMEN*. *Revista Médica de Chile*, 127:1004-1013.
- JIMENEZ, R. Y MINUJIN, A. (1983): *Estimación de la Mortalidad Infantil, de la Niñez y de la Fecundación, por Grupos Ocupacionales*. ISUNAM, México.
- KHUN, T (1975): *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- KEMMIS, S. (1999). *La investigación-acción y la política de la reflexión*. En Pérez Gómez, A. , Barquín, J. y Angulo F. *Desarrollo profesional del docente: Política, Investigación y Práctica*. Akal, Madrid. 95-118.
- KLEINMAN, A.(1978): *Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*, *Social Science and Medicine*, 12:85-93.
- KLEINMAN, A., P. BRODWIN, et al (1992): "Pain as Human experience: An Introduction", en: Del Vecchio M., P. Brodwin, B. Good y A. Kleinman (Ed.) *Pain as Human experience. An Anthopological perspective*. 1992, University of California Press, Berkeley.

- IBÁÑEZ, J. (2000): Sobre la metodología cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*; 76(5):493-507.
- JADUE, L.; VEGA J.; ESCOMAR, M.C, y otros. (1999): Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles: métodos y resultados de la encuesta CARMEN. *Revista Médica de Chile*, 127:1004-1013.
- JIMENEZ, R. Y MINUJIN, A. (1983): Estimación de la Mortalidad Infantil, de la Niñez y de la Fecundación, por Grupos Ocupacionales. ISUNAM, México.
- KHUN, T (1975): La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- KEMMIS, S. (1999). La investigación-acción y la política de la reflexión. En Pérez Gómez, A. , Barquín, J. y Angulo F. *Desarrollo profesional del docente: Política, Investigación y Práctica*. Akal, Madrid. 95-118.
- LESLIE, CH. (1985): *The Chinese Model in Health Care Planning, Social Science and Medicine*, 21
- LORENZANA, P.A. y SANJUR, D. (1999): Abbreviated Measures of Food Sufficiency Validly Estimate the Food Security Level of Poor Households: Measuring Household Food Security. *Journal of Nutrition*, 129: 687–692.
- LUDOJOSKI, R.(1984): *Antropología, educación del hombre*. Guadalupe. Buenos Aires, Argentina.
- MAX NEEF, M. (1986): *Desarrollo a escala humana*. Editores 20; Medellín.
- MALUF, R. (1998): Diversidad, Desigualdades y la Cuestión Alimentaria. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 25, 1. <http://www.ub.es/geocrit/sn-25.htm>
- MARGULIS, M. (2003): *Juventud, Cultura, Sexualidad . La dimensión cultural en la afectividad y en la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Biblos, Buenos Aires.
- MENENDEZ, Eb. (1984: 98): *Hacia una Práctica Médica Alternativa. Hegemonía y Autoatención (Gestión) en Salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.
- MENENDEZ, E. (1988): *Morir de Alcohol, Saber y Hegemonía Médica*. Alianza; México.
- MENENDEZ, E.; DI PARDO R.(1996): *De algunos Alcoholismos y Algunos Saberes. Atención Primaria y Proceso de Alcoholización*. Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
- MORIN E. (1988): *El Método III. El conocimiento del conocimiento*. Cátedra, Madrid.
- MORIN E. (2000): *La mente bien ordenada*. Seix Barral, Barcelona.
- OAKLEY, P. (1993): *Proyectos con la población: la práctica de la participación en el desarrollo rural*. Madrid M.T.S.S. 417 pp

- OPS,OMS, IDF(1996): Educación sobre diabetes, disminuycamos el costo de la ignorancia.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1990): La Participación Social. OPS (Serie de Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, 3). Washington DC ,
- POPKEWITZ, T. (1988): Paradigmas e ideología de la investigación educativa.Mondadori, Madrid.
- POSS J. E. (2001): Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. *Advances in Nursing Science*, 23: 1-15
- PULLEN C., NOBLE S. and FIANDT K. (2001): Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family and community Health*, 24: 49-73
- RACELIS, M. (1993): Movilizando a la población para el desarrollo social. En: Pobreza. Un tema impostergable. Fondo de Cultura Económica, México.
- REGIDOR, E.; GUTIERREZ, J. L.(1994): Diferencias y Desigualdades en Salud en España.. Díaz de Santos, Madrid.
- RESTREPO B. (2003): Una variante pedagógica de la Investigación- Acción Educativa. OEI. *Revista Iberoamericana de Educación*, 5.
<http://www.campusoei.org/revista/deloslectores/370Restrepo.PDF> .
- RIERA ROMANÍ J. (1998): Concepto, Formación y Profesionalización del educador social, el trabajador social y el pedagogo social. Nan llibres, Valencia.
- ROJAS, R. (1990): Crisis, Salud Enfermedad y Práctica Médica. Plaza y Valdez, México.
- SIGERIST, H (1985): Civilización y Enfermedad; Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- VERDECIA F, BORROTO R, REYNOSO T. (1986): Proceso salud-enfermedad. Sociedad y salud. Editorial Pueblo y Educación, La Habana
- VIRCHOW R. (1984): Where are you that we need you.? *Annales Journal Medicine*, 77:524
- VILLASEÑOR, M., (1998): Saber Popular Urbano y Autoatención en la Lactancia Materna. En MERCADO, F, J. y ROBLES (Comps.) *Investigación cualitativa en Salud, perspectivas desde el Occidente de México*. Universidad de Guadalajara.
- VILLALPANDO, S (2006): Visión del Estado de Nutrición de la Población Mexicana. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- VYGOSTKI, L.S. (1979): El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Grijalbo, Barcelona.
- WEINSTEIN, N.D. (1988): The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7,:355-386
- WEINBERGER M., GREENE JY, MAMLIN JJ, (1981): Health beliefs and smoking behavior. *Am J Public Health*; 71:1253-1255