



DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

DESNUTRICIÓN Y FAMILIA

REPRESENTACIONES SOCIALES Y PRÁCTICAS DE
AUTOATENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN INFANTIL Y
PROCESO ALIMENTARIO EN FAMILIAS
OCOTEPECANAS

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL
P R E S E N T A
RENATA GABRIELA CORTEZ GÓMEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. DIANA L. REARTES PEÑAFIEL

MEXICO, D. F. AGOSTO DE 2011

INDICE

Agradecimientos . 5

Introducción . 7

Capítulo I Panorama general de la desnutrición infantil . 23

1.1 La dimensión *disease* de la desnutrición . 25

1.1.1 Diagnóstico, curso, tratamientos y formas de atención a la desnutrición infantil . 26

1.1.2 Estudios epidemiológicos en torno a la desnutrición infantil en México . 30

1.2 La dimensión *illness*, las representaciones sociales de la desnutrición infantil, estudios antropológicos realizados en México . 33

1.2.1 En Hueyapan, Morelos . 34

1.2.2 Entre localidades con mayoría de población zoque en Chiapas . 35

1.3 La dimensión *sickness*, la desnutrición como un problema estructural . 38

1.3.1 En Mali, Dettwyler . 39

1.3.2 En Brasil, Scheper- Hugues . 41

1.3.3 En México, Bonfil Batalla . 44

1.4 El proceso alimentario . 46

1.4.1 El binomio desnutrición- pobreza, lo que dice el BM . 50

1.4.2 La (in) seguridad alimentaria, la FAO . 52

Capítulo II El proceso *s/e/a* en contexto intercultural, la desnutrición infantil en Ocoatepec, Chiapas . 59

2.1 Ocoatepec, Chiapas, generalidades . 59

2.2 Ocoatepec, Chiapas, una revisión histórica breve . 65

2.3 Epidemiología sociocultural de la población infantil . 68

2.3.1 La perspectiva *etic*, lo que dice la mirada biomédica 68

2.3.2 La perspectiva *emic*, las formas localmente reconocidas de enfermar y morir en los niños ocotepecanos .. 78

2.4 Instituciones involucradas en atención a la desnutrición infantil 80

a) Oportunidades 80

b) Un Kilo de Ayuda 85

c) Visión Mundial 87

2.5 Metodología 89

Capítulo III Representaciones sociales acerca de la desnutrición 111

3.1 Qué son las representaciones sociales de la desnutrición 112

3.1.1 El reconocimiento de la desnutrición, ¿existe la desnutrición?, ¿qué es?, ¿es un problema de salud para los ocotepecanos?..... 116

3.1.2 Representaciones sociales de las causas de la desnutrición. Desnutrición y pobreza. Desnutrición y descuido 126

3.1.3 Quién realiza el diagnóstico y qué elementos toma en cuenta. Niño sano vs niño enfermo 129

3.1.4 Representaciones sociales acerca de las formas de atención y tratamiento a la desnutrición infantil. ¿La desnutrición se cura o no?..... 133

3.1.5 ¿Quién entiende la desnutrición y quién la atiende? Desnutrición vs otras enfermedades, curadores biomédicos vs curadores tradicionales 138

3.1.6 A ocho años de Oportunidades 146

3.1.7 Representaciones sociales acerca del riesgo en la desnutrición. Desnutrición y mortalidad infantil: dos procesos normalizados .. 155

Capítulo IV Representaciones sociales de las prácticas de alimentación, algunas prácticas de alimentación y proceso alimentario .. 165

4.1 Representaciones sociales acerca de la alimentación infantil 167

4.1.1 Lactancia y destete 167



PDF Complete

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

4.1.2 Ablactación y dieta habitual del niño diagnosticado con desnutrición. Representaciones sociales acerca de la alimentación complementaria y de la alimentación apropiada para los niños menores de cinco años de edad. 174

4.2 Proceso alimentario. 184

4.2.1 Obtención de alimentos. 187

 a) La producción agrícola y doméstica. 188

 b) Las donaciones: el apoyo de Oportunidades y los suplementos alimenticios. 194

 c) Las compras. 196

 d) Las ayudas institucionales, entre la donación y la compra: el paquete nutricional+de UKA. 198

4.2.2 La distribución de los alimentos. 204

4.2.3 La preparación de los alimentos. 209

4.2.4 El consumo. 214

Capítulo V Sufrimiento y pobreza: el sufrimiento como un asunto de género y de inequidad social, la pobreza y la desnutrición como problemas estructurales. A modo de conclusión. 225

Bibliografía. 255



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca que me otorgó para realizar mis estudios de maestría en Antropología Social; y al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad DF, por todas las facilidades otorgadas para realizar mi formación y llevar a cabo el trabajo de campo.

A Bety, Lucy, Luvia, Chepy, Anita, Mary, Rebe, Rigo y Rube por su hospitalidad, confianza y hacerme parte de su cotidianidad. Espero que este pequeño trabajo pueda servirnos para mejorar las acciones que hasta ahora hemos llevado a cabo para atender la desnutrición infantil en Ocotepéc.

A mi directora de tesis, Diana Reartes, por darme suficiente libertad para proponer y orientarme en cada una de las fases de este trabajo. Sin tu sabia dirección la conclusión de este trabajo no habría sido posible.

A los profesores de la Línea de Antropología Médica: Eduardo Menéndez, Rosa Ma. Osorio, Sergio Lerín y Zuanilda Mendoza por los conocimientos que me han aportado, por sus comentarios tan valiosos durante la etapa de elaboración del proyecto de investigación; pero sobre todo por ese acompañamiento constante que me ha hecho sentirme protegida y parte de un equipo de trabajo.

A los amigos que pude conocer gracias al CIESAS: Alberto, Miguel, Virginia, Marco, Mauricio y Rubén por ~~me~~ charme porras+ desde el inicio de la maestría, por los consejos en la etapa de trabajo de campo y por tantos cafés, comidas y correos que hicieron menos abrumadores los momentos de estrés.

A Sara Elena Pérez- Gil por sus valiosas aportaciones en dos momentos cruciales en la construcción de este trabajo, los coloquios realizados en julio de 2010 y mayo de 2011; y a Marcos Arana por los consejos y el apoyo con bibliografía.

A la santísima trinidad: la Mamanina, mi madrina Tony y mi tía Aidita, y a Papamundo por darme tanta libertad sin dejar nunca de protegerme y acompañarme. A mis hermanos: Karla, Ana, Gina, Nohemí, Miguelito y Mau. Ustedes son mi fortaleza, los amo con todo mi corazón.

A Gris, Shei, Dulce, Tavito, Esmé, Wendy, Alejandra, Jennifer, Yuli y Paquito por entender mi forma de ser, por darme su amistad y apoyo en la distancia y el tiempo e impulsarme a iniciar este proyecto. A Willy por ayudarme con la elaboración de los mapas. A todos los quiero tanto.

A Eucario por ~~todo~~, principalmente por dejarme ir, *Te voglio bene assaie, ma tanto tanto bene sai.*

A Mateo, nuestra ~~gotita~~ de amor, por darle un nuevo sentido a la vida de esta familia, a mi manera de ver la maternidad y a este trabajo.

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Julio de 2011.

INTRODUCCIÓN

En junio de 2008 visité por primera vez la cabecera municipal de Ocoatepec, Chiapas, como promotora comunitaria del Programa Integral de Nutrición (PIN) de la empresa Compartamos Alimentos A. C., más conocida como Un Kilo de Ayuda (UKA). El Gobierno del Estado, por medio del DIF¹ estatal, había condicionado su labor como patrocinador del programa a que éste atendiera a los municipios con mayores prevalencias de desnutrición, incluido Ocoatepec.

Antes de mi llegada mis compañeras de trabajo me advirtieron que sería una experiencia desagradable trabajar en una comunidad con población indígena que no entendía español, y que lo peor vendría cuando tuviera que llevar a cabo las actividades de somatometría para valorar el estado nutricional de unos niños que siempre estarían sucios, con los piecitos llenos de tierra y lodo, recuerdo claramente las palabras de una de mis compañeras. Mi primera visita fue justamente para realizar actividades de somatometría y resultó un verdadero caos debido a que no conocía a las señoras con las cuales me correspondía trabajar y ellas tampoco tenían idea de lo que haríamos; porque era tiempo de lluvias y tuvimos que realizar las actividades dentro de un salón de la Unidad Médica Rural de IMSS- Oportunidades (UMR) que resultaba pequeño para las más de 500 mujeres que se reunieron con sus hijos, y porque las hojas de registro donde estaban anotadas las madres y sus hijos estaban desorganizadas y en ocasiones los nombres, las edades o el sexo de los niños no se correspondían y tenía que hacer un trabajo extra de ordenar la información que me dejó extenuada.

Esta primera impresión fue desastrosa pero no definitiva, con el paso del tiempo logré organizar a mis grupos de trabajo de tal forma que pude delegar responsabilidades en una persona que con el paso del tiempo se volvió una amiga

¹ El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), más conocido como DIF, es el organismo público encargado de instrumentar, aplicar y dar dimensión a las políticas públicas en el ámbito de la asistencia social (SNDIF, 2011). Fue creado en 1977 por decreto presidencial.

entrañable, Hilda, mi primera comisionada social, como denominábamos a las líderes de nuestros grupos de trabajo en las comunidades. Al final la experiencia como promotora de Un Kilo de Ayuda en Ocoatepec, contrario a lo que me habían anticipado mis compañeras de trabajo, es una de las experiencias que más atesoro.

Hilda es una mujer originaria de San Antonio Poyonó, una localidad que se encuentra a dos horas caminando de la cabecera municipal. Siendo una de las hermanas mayores, desde muy pequeña le delegaron responsabilidades que le competían a su madre pero que ésta no quiso asumir porque provenía de una familia acomodada y eso la había acostumbrado a no hacer nada. El padre de Hilda, un hombre humilde pero trabajador, nunca quiso exigirle mayores esfuerzos a su mujer; se habían casado por acuerdo de sus respectivos padres y hasta la fecha siguen juntos. Hilda relata que desde muy pequeña se hizo cargo del cuidado de sus hermanos menores; desde los ocho años de edad aprendió a cocer el nixtamal para hacer las tortillas, a cocer frijoles y otras actividades domésticas similares; de igual forma, desde esa edad ya ayudaba a su padre en algunas actividades agrícolas. Hilda quería seguir estudiando pero su padre, quien se ausentaba por temporadas debido a que también era comerciante y jornalero en otros municipios de Chiapas, no la apoyó; esto aunado a la mala relación que sostenía con su madre debido al trato frío e indiferente de ésta última (opinión que compartía su hermana Lidia) la llevaron a tomar la decisión de ir; así lo relata ella. A los catorce años de edad le pidió a una monja que la ayudara y ésta la llevó una tarde de septiembre a un internado en San Cristóbal. Hilda relata que esta experiencia la hizo feliz porque ahí aprendía diversos oficios y se sentía útil, ella quería ser alguien y estaba decidida a trabajar duro para lograrlo. Desafortunadamente su padre fue por ella en diciembre e Hilda no pudo oponerse. Más adelante, Hilda se mudó a la casa de sus abuelos paternos en la cabecera municipal de Ocoatepec. Tenía 24 años cuando se hizo novia de su actual esposo, después de dos años de conocerse decidieron vivir juntos pero ella le advirtió que

jamás se iría a vivir a casa de sus suegros, su condición fue que vivieran en la casa de sus abuelos.

Los primeros años de su matrimonio fueron muy difíciles debido a que su esposo ~~no~~ pegaba mucho+. En ocasiones Hilda dejaba de verlo por dos o tres días por esta causa, sin embargo, no podía dejarlo porque ~~no~~ tenía excusa para hacerlo+. Su esposo era alcohólico pero ~~no~~ le pegaba+, así que qué le iba a decir a las autoridades o a sus padres cuando les dijera que quería separarse, no encontraba motivos para dejarlo hasta que quedó embarazada, tenía 26 años. Dice que a partir de entonces su esposo cambió. Todavía se desaparece en algunas ocasiones pero pasan muchos meses para que reincida. Después que nació su cuarto hijo, el varón que tanto anhelaba, decidió ~~ligarse~~ porque ~~no~~ podía mantener más hijos+. Su esposo no quería y le ~~metió~~ miedo+ para evitar que ella lo hiciera pero no lo logró. De todas formas dice ella, ~~ya~~ no iba a tener más varones+, así le había dicho la partera.

Actualmente Hilda sigue teniendo conflictos con su esposo pero dice que ~~ya~~ no le hace caso+, aunque él le diga que ~~ella~~ no sirve para nada+, ~~que~~ no entiende+, ella sabe que eso no es cierto porque ~~ella~~ piensa las cosas+, no es como él que no le preocupa el mañana. Cada día desde que se levanta, Hilda está pensando qué va a hacer ese día para darle de comer a sus hijos. Su esposo es becario de un programa de la SEP, gana \$1800.00 mensuales de los cuales \$1200.00 se destinan al pago de un crédito que adquirieron hace dos años y de los \$600.00 restantes le da \$400.00 a Hilda para sus gastos y \$200.00 toma él para ir a cobrar a Tuxtla Gutiérrez. Los casi \$3000.00 que ella recibe de Oportunidades le ayudan a solventar los gastos del mes que comprenden la compra de leña, compra de maíz, pagos de luz eléctrica, del servicio de televisión prepagada, ropa y calzado cuando hace falta y alimentación, más las deudas que se acumulen en el mes. Admite que al igual que muchas otras mujeres, cuando falta un mes para que vuelvan a pagarle ~~ya~~ no tiene nada+ y cuando faltan quince días ya está buscando quién le puede prestar, pero eso ha disminuido desde que Chiapas Solidario le

regaló un carrito para hot dogs con el cual se hace de un poco de dinero, aunque sea para su tortilla pero ya no tiene que andar prestando+

Ella le reclama a su esposo constantemente que no tenga iniciativa y que se conforme con un empleo que no le quita más de 4 horas diarias de lunes a viernes. Ella le pide que busque otro trabajo por las tardes, que ofrezca sus servicios a otros hombres que buscan quién les limpie sus terrenos o les siembre su maíz pero él no tiene motivación para hacerlo, para qué+ le responde, así están bien+. Hilda se desespera y en ocasiones hasta se le quita el apetito de pensar que el año entrante tiene que pagar inscripciones de la escuela, uniformes nuevos, graduaciones escolares y todos esos compromisos que implican la vida escolar de sus hijas. Su esposo le ha dicho que quiere vender unas vacas que adquirieron hace un par de años y ella se lo prohíbe, le dice que esa vaca se va a vender cuando su hija mayor se vaya a la universidad y los gastos sean mayores. Hilda tiene grandes expectativas para sus hijas, quiere que estudien porque si les toca un marido flojo o borracho+ pues ya tendrán cómo defenderse. En cambio como Hilda no tiene estudios tiene que conformarse con el marido que le tocó.

La historia de Hilda, mi traductora y amiga, es la historia de una mujer ejemplar con una capacidad de liderazgo que llamó mi atención y le mereció mis respetos durante el tiempo que trabajamos juntas con el Programa Integral de Nutrición y que se extendió cuando volví en junio de 2010 a Ocoatepec a hacer el trabajo de campo. He comenzado esta introducción con su historia porque ella, al igual que otras mujeres con las cuales trabajé y que más adelante se volvieron informantes claves y secundarias, es un ejemplo que se contrapone a la imagen de mujer indígena pasiva que yo tenía antes de trabajar en el Un Kilo de Ayuda. Hilda, al igual que otras ocoatepecanas, es una mujer que ha migrado con el afán de mejorar sus condiciones de vida, que domina el español porque sabe que de lo contrario no podría lidiar con las diferentes instituciones y programas con los cuales se ha involucrado (Oportunidades, DIF, Visión Mundial, Un Kilo de Ayuda, Chiapas Solidario) y le han proporcionado recursos diversos, tanto materiales

como intelectuales, que le han permitido desarrollar estrategias de supervivencia sin las cuales su historia de vida sería muy diferente.

En la historia de vida de Hilda podemos rastrear elementos comunes a otras mujeres ocotepecanas, principalmente su relación con los hombres (su padre, su pareja y su hijo varón), su relación con otras mujeres (su madre y sus hijas) y su relación con otras instituciones, que nos permiten atisbar las dificultades que ellas enfrentan para salir adelante en un contexto donde la inequidad de género es evidente y que se hace más agudo entre más pobres sean y menos redes de apoyo tengan.

Historias como la de Hilda generaron una identificación con estas mujeres que me llevó a tenerles un cariño muy especial que me motivó para volver a esta comunidad para hacer mi trabajo de campo. El tema de investigación surgió después de haber leído *Diagnóstico del hambre en Sudzal, Yucatán, Un ensayo de Antropología Aplicada* (2006). Este trabajo removi6 impresiones diversas que había causado mi experiencia laboral en diversas comunidades chiapanecas que se caracterizaban por la marginación y la pobreza. Pero también me hizo pensar en los relatos de mis familiares en torno a las restricciones alimentarias que vivieron siendo niños debido a la pobreza y a las dificultades que el campo enfrentaba (y enfrenta hasta la fecha). Finalmente, dos capítulos de *Muerte sin llanto* de Scheper- Hugues me dieron el impulso definitivo para volver a Ocotepc puesto que el tipo de maternidad que estas brasileñas vivían, el *delirio de fome* y el *nervoso* como respuesta a restricciones alimentarias y la normalización de la mortalidad infantil me parecieron fenómenos similares a lo que yo había observado en aquella comunidad chiapaneca pero que adquirirían un nuevo sentido a la luz del enfoque relacional propuesto por Eduardo Menéndez y de la visión estructural del problema de la autora y que me generaban nuevas preguntas.

Las preguntas iniciales se dirigían a conocer, en primer lugar, si la desnutrición infantil era un problema de salud para los padres y madres de familia ocotepecanos que tenían niños que padecían desnutrición moderada; en segundo

lugar, me interesaba saber cuáles eran las representaciones sociales de la desnutrición que estos padres y madres de familia tenían; en tercer lugar, quería conocer cuáles eran sus prácticas de autoatención para la desnutrición y qué relación guardaban con sus representaciones sobre la desnutrición; en última instancia me interesaba saber cómo influían los patrones de crianza en el tipo de alimentación que se les proporcionaba a los niños. De igual forma, en tanto que el proceso alimentario es el factor que se nos ha revelado en relación más directa con las condiciones materiales de existencia de estas familias porque además está en relación con su forma de vida, me pregunté qué relación existe justamente entre las condiciones materiales de existencia de estas familias y la economía regional y estatal, es decir, cuáles son las connotaciones estructurales de la desnutrición infantil en función de la alimentación en el contexto ocotepecano.

Estas preguntas constituyeron los objetivos de la investigación que se fueron modificando conforme avanzaba el trabajo de campo. A continuación los objetivos generales:

1. Analizar si la desnutrición infantil representa un problema de salud para los padres y madres de familia ocotepecanos que tienen niños con desnutrición moderada.
2. Describir y analizar las representaciones sociales que tienen de la desnutrición los padres y madres de familia ocotepecanos de los niños con desnutrición moderada.
3. Describir y analizar las prácticas de autoatención para la desnutrición que tienen los padres y madres de familia ocotepecanos y qué relación guardan con sus representaciones sobre la desnutrición.
4. Describir y analizar las representaciones sociales y las prácticas de alimentación de los niños ocotepecanos que padecen desnutrición moderada y su relación con el proceso alimentario.

A continuación los objetivos particulares:

1. Analizar si las madres y los padres de familia ocotepecanos reconocen y se representan a la desnutrición infantil como un problema de salud.
2. Describir y analizar las representaciones de las causas de la desnutrición que tienen los padres y madres de familia ocotepecanos con niños con desnutrición moderada.
3. Describir y analizar la forma en que los padres de familia diagnostican a un niño con desnutrición.

4. Describir y analizar si los padres y madres de familia ocotepecanos que tienen niños con desnutrición moderada relacionan a la desnutrición con las enfermedades que padecen los niños, con el crecimiento adecuado y con el bienestar de los mismos.
5. Analizar si los padres y madres de familia ocotepecanos reconocen formas de prevenir la desnutrición.
6. Describir y analizar las formas de atención a la desnutrición que utilizan los padres y madres de familia ocotepecanos.
7. Describir y analizar quiénes son los principales actores en el seno doméstico en la atención a la desnutrición, quién toma la decisión, quién aporta el dinero, quién lleva al niño a donde tenga que atenderse.
8. Describir y analizar cuáles son los curadores (algún familiar, médicos, enfermeras, curanderos) a los que se recurre para atender a la desnutrición.
9. Describir y analizar las representaciones de las prácticas de lactancia materna y de la alimentación complementaria (ablactación) de los padres y madres de familia ocotepecanos.
10. Describir y analizar las representaciones de las prácticas alimentarias de los niños ocotepecanos diagnosticados con desnutrición.
11. Describir y analizar cómo se lleva a cabo el proceso alimentario, quiénes participan en cada etapa, quiénes toman las decisiones y de qué manera se organiza a nivel familiar y local.

Estos objetivos se concentraron en dos grandes ejes de análisis pues los tres primeros objetivos principales quedaron englobados dentro de las representaciones sociales de la desnutrición y el último permitió analizar el proceso alimentario y algunas prácticas de alimentación. Los patrones de crianza que habían sido contemplados en las preguntas iniciales, ya no fueron tomados en los objetivos que resultaron de la reformulación en tanto que había que hacer un recorte puntual del problema de estudio.

Volviendo con Hilda, ella me recibió en su casa desde que decidí vivir en Ocoteppec, me dio una recámara y me hizo parte de su vida familiar muy pronto. Todas las mañanas se levantaba a las 6 am para moler su nixtamal y hacer sus tortillas, las niñas despertaban a las 7 am y bajaban a desayunar antes de irse a la escuela. A la 1 pm ya estaban de vuelta. La comida se servía después de las 2 pm, dependiendo del itinerario de Hilda podía prolongarse hasta las 6 pm. Afortunadamente, las niñas de 12, 10 y 8 años de edad ya sabían hacer fuego y podían calentarse sus propios alimentos y preparar algunos platillos sencillos que

compartían a su hermanito de 6 años. A las 7 pm Hilda salía de su casa con su esposo para ir a vender hot dogs y volvía a las 10 pm o incluso más tarde, dependiendo de cómo estuviera la venta. La pareja tomaba café y platicaba un rato más en el fogón, a las 11 pm ya estaban durmiendo. Esta rutina se alteraba cuando la lluvia o el frío eran muy intensos pues eso le impedía a Hilda salir de su casa a vender, afectando así su economía. Este itinerario lo viví desde mi llegada a Ocoatepec el 24 de agosto de 2010 hasta mediados de enero de 2011.

Yo llegaba a Ocoatepec todos los lunes a medio día y volvía a Tuxtla Gutiérrez los viernes por la tarde o los sábados por el medio día. Durante el mes de noviembre hice una pausa de quince días para analizar un poco de la información que ya tenía. En diciembre hice otra pausa de dos semanas para seguir analizando la información y pasar las fechas decembrinas con mi familia. En enero y febrero de 2011 hice un par de visitas breves para recopilar información muy puntual con las cuales di por concluida la fase de campo.

Mi estancia en Ocoatepec coincidió con la temporada de ciclones y huracanes inicialmente, y posteriormente con la de frentes fríos, ambas trajeron lluvias constantes que en muchas ocasiones me impedían salir de casa de Hilda y que tampoco me dejaban dormir cuando había tormenta debido al ruido que producían el viento y la lluvia sobre las láminas del techo. Bajaba a Tuxtla para lavar mi ropa y alejarme un poco del exceso de humedad. Hubo semanas enteras en que no vi el sol pues la lluvia no cedía un instante y otras en las que sólo lo veía dos veces por semana. El exceso de humedad me obligó a no utilizar mis aparatos electrónicos por una larga temporada para evitar que se dañaran. Yo sabía de estas dificultades de antemano pero pensé que serían más fáciles de sobrellevar. Afortunadamente tres de las familias elegidas como informantes claves vivían cerca de mi casa (cuatro, seis y ocho cuadras aproximadamente) y podía visitarlas con relativa frecuencia pese a las lluvias constantes. Estas son las familias de Cecilia, Josefa y Antonia. Mi relación con ellas, al igual que con Hilda, estuvo mediada por la comida. En ocasiones desayunábamos o comíamos juntas, con

mayor frecuencia tomábamos café o bebida² por la noche pero siempre me ofrecían algo de comer. Los ocotepecanos tienen la costumbre de ofrecer comida a sus visitantes, el rechazo es considerado desprecio y es mal visto. Esto me permitió realizar observación participante que vino a complementar muy bien la información obtenida de las entrevistas. A estas familias les hice más de una entrevista formal y las visitaba al menos una vez por semana cuando platicábamos de manera informal.

María, Verónica y Elena, las tres informantes claves restantes, vivían más lejos de mi casa y en zonas menos accesibles debido a que los caminos que conducían a sus domicilios eran de tierra, esto más su dificultad para expresarse en español afectó mi trabajo pues sólo pude hacerles una o dos entrevistas, platiqué poco de manera informal con ellas y no hubo ocasión de hacer observación participante. Sin embargo, muchas de mis informantes secundarias, las traductoras e incluso las otras informantes claves las conocían y proporcionaron información valiosa para entender sus dinámicas familiares y las dificultades que enfrentaban.

El proceso de elección de estas familias se explica en el capítulo dos. De momento basta con señalar que a todas las familias ya las conocía de antemano gracias a Un Kilo de Ayuda porque sus niños habían padecido desnutrición desde muy pequeños y desafortunadamente cuando volví su estado nutricional no había mejorado. Cecilia, Josefa y Antonia se ofrecieron voluntariamente como informantes claves cuando les comenté lo que quería hacer en Ocoatepec y también me hicieron parte de su cotidianidad pero sólo pude vivir con la última, pese a que también Cecilia me ofreció hospedaje en algún momento.

Como puede apreciarse, este trabajo tuvo dificultades generadas por las condiciones climáticas pero también fue facilitado gracias a mis antecedentes. Algunos de los objetivos fueron reformulados pero en general pudieron cumplirse en mayor o menor medida. Como es de esperarse, la convivencia con estas

² La bebida, en otras regiones de Chiapas llamada pinole, es un atole hecho de maíz tostado molido, cacao y canela.



PDF Complete

Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

familias reveló otros factores que están implicados en el estado nutricional de los niños ocotepecanos y que yo no había considerado prioritarios, sin embargo tuve que incluirlos y/ o remarcarlos porque se fueron haciendo relevantes. Entre estos se encuentran el proceso alimentario que inicialmente se había planteado explorar de manera más escueta pero resultó la principal preocupación de los hombres y de varias mujeres, por ello ahora constituye todo un capítulo. Así mismo, la perspectiva de género no se había planteado fuertemente en el proyecto pero el trabajo de campo reveló que era indispensable para comprender el problema sobre todo por la aparición de nuevos actores e instituciones en la atención a la desnutrición, estos también se nos presentan como parte de las nuevas redes sociales de apoyo de las mujeres y eso ha sido otro elemento que hubo que reconsiderar y recalcar así como las estrategias de supervivencia que las mujeres desarrollan para paliar sus limitaciones y salir adelante.

Sin duda alguna uno de los problemas de salud sobre el cual se han implementado más acciones a nivel nacional en México es la desnutrición, ya que se había reconocido como un problema de salud importante en la población mexicana desde décadas pasadas. En los albores del siglo XXI no podemos decir que el problema haya sido abatido; pese a que ha dejado de constituir una de las principales causas de mortalidad general, en el grupo de edad de 0 a 4 años el panorama aún es preocupante pues la desnutrición sigue apareciendo entre las causas y el pronóstico para el país se vuelve menos alentador pues la crisis alimentaria mundial, que amenazaba constantemente y se hizo real a principios de 2008, podría revertir el trabajo de tantos años en la materia (Secretaría de Salud, 2009). En este sentido, la desnutrición se convierte en un problema social pues está en relación con la capacidad de los conjuntos sociales para cubrir su propia demanda de alimentos, y la capacidad de los gobiernos para generar estrategias que le permitan a su población hacerle frente (Saucedo *et al*, 2001), sobre todo si tomamos en consideración que las prevalencias más altas de la enfermedad se

presentan en ciertas localidades en el país, principalmente aquellas con población indígena³ como Ocoatepec, Chiapas, y que también son las más marginadas.

Partiendo de la premisa que la enfermedad es una construcción social, planteamos que la desnutrición es un problema multifactorial que requiere extender su problematización más allá de la medición antropométrica que llevan a cabo las encuestas de nutrición (Encuesta Nacional de Nutrición, 1999 y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006); si bien éstas nos permiten conocer las prevalencias de la enfermedad en determinados conjuntos sociales, y aunque valoren variables socioeconómicas como el nivel de escolaridad de la madre, nivel de ingresos y condiciones de vida, no presentan una visión crítica del problema que nos permita conocer lo que los conjuntos sociales más afectados por la misma tienen que decir sobre el padecimiento y lo que están haciendo al respecto.

Esta investigación tuvo la intención de dar la palabra a los padres y madres de familia que tienen niños menores de cinco años que han sido diagnosticados con desnutrición y que la han padecido de manera crónica. Proponemos que la desnutrición, siguiendo a Young (1982), tiene tres categorías, la enfermedad o *disease* que hace referencia al estado patológico (anormal) de la estructura y/o función de los órganos y sistemas que la medicina biomédica o alopática codifica; la dimensión del padecimiento, *illness*, que se refiere a las significaciones y sentidos que los grupos sociales le dan, la manera como la viven; y la dimensión *sickness* o malestar, que se refiere a la socialización del padecimiento, la manera como los grupos organizan su atención. De estas tres dimensiones hemos procurado explorar las dos últimas pues consideramos que existen pocos trabajos que las aborden, máxime, del contexto ocoatepecano no las hay. Además, al igual que Menéndez sostenemos que tanto los padecimientos como las acciones

³ De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 un tercio de los niños que habitan en localidades de residencia rural en México tienen baja talla o desmedro; para las localidades urbanas esta cifra es menor (23.4 por ciento). Particularmente Chiapas ocupa el primer lugar a escala nacional en la prevalencia de bajo peso para la edad así como de baja talla para la edad, esta última desnutrición de tipo crónica (desmedro) que vulnera al niño frente a otras enfermedades y va en contra de su desarrollo psicomotor, lo cual repercutirá en su futuro rendimiento escolar y su desempeño laboral.

respecto de los mismos, constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, por lo cual no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que organizarán un saber para afrontar, convivir, solucionar y de ser posible erradicar los padecimientos+(Menéndez, 2002: 310).

El trabajo de campo ha revelado que, efectivamente, los padres y madres de familia ocotepicanos no son ajenos a la desnutrición que sufren sus hijos sino que han logrado visibilizarla gracias a la labor informativa de diversos programas gubernamentales y no gubernamentales que trabajan con la perspectiva biomédica centrada en la dimensión *disease*. Los ocotepicanos se han apropiado de esa información que han reformulado y reconfigurado con base a su propia experiencia con sus hijos. Esto ha generado respuestas diversas que consideramos sus formas de atención al problema, incluida la desatención, y que también son resultado de su nivel de vinculación con dichos programas.

Las acciones, técnicas e ideologías (Menéndez, 2002) que las familias ocotepicanas han desarrollado en torno a la desnutrición no son aleatorias ni fortuitas sino que tienen un componente pragmático que nos habla de la preocupación que les genera la enfermedad infantil, pero también no puede obviarse que las condiciones materiales de existencia de estas familias todavía limitan su margen de acción y esto se hace más evidente en lo que denominamos proceso alimentario, siguiendo a Contreras (1993). Si bien la problematización de la desnutrición tiene un componente estructural que se expresa en la estructura y la operatividad de los programas de salud que la atienden, así como en el tipo de relación que se establece entre curadores y beneficiarios, el proceso alimentario también se revela como otro proceso estructural condicionado en primera instancia por las limitaciones ecológicas de Ocotepic. La serranía chiapaneca no es un lugar propicio para la agricultura, sin embargo, es el lugar en el cual los zoques pudieron resguardarse, gracias a lo cual han logrado mantener aspectos de su identidad cultural tan importantes como la lengua, que en otras zonas chiapanecas consideradas zoques ya ha desaparecido.

El proceso alimentario afronta sus propias dificultades que en buena medida explican las condiciones de vida de los ocotepecanos entrevistados, y que entre tanto culminan en restricciones alimentarias históricas como un síntoma social que se actualiza de maneras diferentes. En este sentido podríamos considerar a la desnutrición como una metáfora de la carencia y que al contrastarla con su panorama epidemiológico reafirma nuestra tesis del descuido que el gobierno ha tenido con este lugar pues no parece haber desarrollado las mejores estrategias para paliar la marginación, la carencia y la pobreza.

En síntesis, la desnutrición no tiene una única causa sino varias. Este trabajo pretende analizar algunas de ellas con la finalidad de tener una visión más crítica del problema. El propósito es aportar conocimiento que pueda reflejarse en el mejoramiento de los programas que ya de por sí operan, pero en el fondo sostenemos que, siendo un problema estructural, la desnutrición requiere algo más que presupuesto y buenas intenciones. La desnutrición puede ser vista como una expresión más de la inequidad social en la cual viven determinados conjuntos sociales y, en consecuencia, será un problema que México seguirá arrastrando mientras no se reivindique a estos grupos y se procure su sustentabilidad, mientras el gobierno siga favoreciendo a las minorías de siempre y siga promoviendo iniciativas que vulneran a otros grandes conjuntos como los tratados de libre comercio, por citar sólo un ejemplo.

Este trabajo ha sido dividido en cinco capítulos. El primero se ha estructurado siguiendo el *modelo explicativo del padecimiento* de Young (1982) del cual se desprenden tres conceptos *disease*, *sickness* e *illness*, que hemos puesto en correspondencia con la desnutrición. En la parte donde se aborda la dimensión *disease* (enfermedad) se incluyen trabajos realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán para conocer las características de la desnutrición y sus manifestaciones somáticas más frecuentes en nuestro contexto, así como las prevalencias en México en los últimos cincuenta años. En la parte donde se abordan las dimensiones *sickness* e *illness* se muestra evidencia etnográfica tanto del contexto

mexicano como de otras partes del mundo. Al final, este capítulo también incluye un apartado sobre el proceso alimentario que hemos enlazado a la discusión de la desnutrición puesto que éste no sólo resuelve una necesidad vital como es la alimentación en la localidad que estudiamos, sino que además está incrustado a las dinámicas económicas familiares y locales en tanto que son familias principalmente campesinas.

El segundo capítulo nos presenta las características generales de la localidad donde se llevó a cabo la investigación, una breve revisión histórica de la misma, el panorama epidemiológico principalmente desde la perspectiva biomédica y de manera muy sintética también se hace referencia a las formas localmente reconocidas de enfermar de los niños; así mismo, se presentan las formas de operación de los programas que ahí trabajan con la finalidad de atender la desnutrición infantil; finalmente, se detalla la estrategia metodológica empleada en esta investigación.

El tercer capítulo analiza las representaciones sociales que los padres y madres de familia ocotepicanos se han construido en torno a las causas, las formas de diagnosticar y atender la desnutrición infantil, así como la relación que existe entre el tipo de atención que se da a esta enfermedad y otras que la misma favorece como son las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, y la mortalidad infantil que al igual que la desnutrición se revela como un proceso normalizado en la localidad.

El cuarto capítulo, en una primera parte, analiza las representaciones de las prácticas o hábitos alimentarios de los niños ocotepicanos y algunas prácticas alimentarias a la luz de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (2003). En la segunda parte se analiza el proceso alimentario que, siguiendo a Contreras (1993), alude a *los modos de aprovisionamiento y de transformación de la alimentación*. Este proceso analizado a partir de representaciones y prácticas revela no solamente la forma cómo las familias ocotepicanas resuelven una necesidad vital como es la alimentación sino las



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

estrategias que desarrollan para hacerse de más recursos a partir de su vinculación con otras instituciones y el tipo de relaciones que se dan con las mismas así como al interior del seno doméstico, es decir, las dinámicas familiares a partir de las cuales podemos atisbar las relaciones que se establecen entre los géneros y las generaciones.

Finalmente, el último capítulo pretende enlazar los hallazgos más importantes de los dos últimos capítulos, mismos que constituyen los dos ejes de análisis de esta investigación, para sugerir algunas acciones que podrían mejorar los programas que ya operan en la localidad, así como para señalar algunos factores que inciden en la atención a la desnutrición y que podrían estudiarse en una investigación posterior ya que en esta no fue posible analizarlos.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CAPITULO I: PANORAMA GENERAL DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

The vast majority of malnutrition in the Third World countries does not have a single identifiable cause. Local agricultural production and the marketing of food are central factors, but issues regarding the status of women or cultural rules about child feeding also must be considered.

Katherine A. Dettwyler (1998)

El estudio de los procesos de salud, enfermedad y muerte tiene larga tradición en antropología. Sin embargo, en sus inicios estos habían sido analizados como creencias y prácticas a la luz de las repercusiones que tienen en la estructura y organización social más que por su impacto en el estado de salud de los grupos; como ejemplo tenemos el trabajo de Evans- Pritchard, *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande* (1937) (Young, 1982). En la segunda mitad del siglo pasado la antropología médica surge como una de las áreas de la antropología, a partir de entonces la tendencia ha sido la especialización gracias a las aportaciones de la sociología médica, la epidemiología y la medicina social en los países centrales. En México se había caracterizado desde muy temprano por el estudio de la medicina folk o tradicional en tanto sistemas de creencias anclados a la organización social; mientras que su injerencia en problemas de salud reconocidos por la biomedicina era marginal. El panorama epidemiológico de México ha cambiado y las enfermedades que hoy preocupan a la salud pública nos hacen pensar en los estilos de vida como generadores de dichas enfermedades; por lo tanto, ha sido necesaria la participación de la antropología médica, a la par de otras disciplinas, en el estudio de los problemas de la salud humana y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales y económico- políticos; pues ésta analiza las mediaciones que explican las formas diferenciales de enfermar, atenderse o morir entre grupos determinados, y considera las características y peculiaridades de las relaciones entre personas y grupos sociales que posibilitan o limitan la resolución de sus problemas de salud (Freyermuth y Sesia, 2006: 9).

Uno de los problemas de salud pública con los cuales ha trabajado la antropología es justamente la desnutrición infantil. En este primer capítulo hacemos una revisión de algunos de ellos y aunque las miradas de cada uno de ellos son distintas dadas sus posturas teóricas, es importante tenerlas como referencia dado que la complejidad de la desnutrición requiere de una participación multidisciplinaria. Este trabajo no es de carácter multidisciplinario pero tampoco pretende soslayar las miradas de otras disciplinas y enfoques teóricos en torno al problema de estudio. Es por ello que el presente capítulo está estructurado siguiendo el *modelo explicativo del padecimiento* sugerido por Young (1982) ya que parto del precepto de que la enfermedad es una construcción social. Este modelo incorpora el saber biomédico pero catalogándolo en una de las dimensiones del padecimiento la enfermedad o *disease*, las otras dos dimensiones son la *illness* y *sickness*, la primera hace alusión a la dimensión subjetiva del padecimiento, cómo la viven los sujetos, y la segunda a su construcción social, es decir, cómo se configura en términos de significados y de la manera como se organiza su atención.

El primer apartado contiene información clínica de la enfermedad que considero es de suma importancia para constatar el impacto que tiene en la salud de los niños, pero su relevancia se incrementa cuando presentamos los trabajos que se han hecho en México para medir sus prevalencias y de los cuales resulta que las poblaciones más afectadas hace decenios siguen siendo las más vulneradas actualmente; así se subraya la necesidad de seguir estudiándolo pero a nivel local.

El segundo apartado presenta información acerca de las representaciones sociales acerca de la desnutrición que resultaron de dos trabajos realizados en México, uno en Morelos y otro en localidades con mayoría de población zoque en Chiapas. Este último es especial interés en tanto que mi trabajo de campo se llevó a cabo en una localidad aledaña a la de dicho estudio, por lo cual comparten algunas representaciones. La importancia de este apartado estriba en mostrar que la atención a una enfermedad está en función de su reconocimiento y las

representaciones sociales que se tienen a su respecto, lo cual discutiré en mis sujetos de estudio en el segundo capítulo.

El tercer apartado presenta a la desnutrición como un problema social pero más allá de sus prevalencias o significados puesto que está incrustado a otros procesos sociales entre ellos los económicos y políticos, para lo cual nos sirven como referencia tres trabajos antropológicos: el de Bonfil en México, el de Scheper- Hugues en Brasily el de Dettwyler en Mali. Estas investigaciones le dan a la desnutrición y al hambre que la genera una connotación estructural que me lleva a la problemática alimentaria, como uno de los grandes ejes de análisis en la comprensión del fenómeno de la desnutrición, ya que, sobre todo en nuestro contexto mexicano, el 90% de los casos de desnutrición son ocasionados por la sub- alimentación del sujeto (Gómez, 2003). Por ello el cuarto apartado se aboca a la revisión de literatura sobre el proceso alimentario ya que, en nuestro contexto, la alimentación además de ser una necesidad vital está incrustada a las actividades económicas de las poblaciones que sufren las mayores prevalencias en tanto que son sociedades campesinas que producen prácticamente para su autoconsumo. Por esta razón retomo la discusión del binomio desnutrición- pobreza, como lo presenta el BM, donde la desnutrición es un problema que impide el desarrollo de los países. Por último, en ese mismo apartado hago referencia a la soberanía alimentaria como uno de los objetivos que se propuso la FAO desde su creación, pero que no ha podido evitar la crisis alimentaria mundial que amenaza a las poblaciones de por sí vulneradas por la desnutrición y la pobreza.

1.1 La dimensión *disease* de la desnutrición

Siguiendo a Young (1982) las categorías enfermedad (*disease*)/ padecimiento (*illness*)/ malestar (*sickness*) permiten separar la entidad del padecer con fines analíticos, lo cual no implica que en la realidad sean independientes o que se manifiesten separadamente pues ocurre todo lo contrario. La enfermedad (*disease*), hace referencia al estado patológico (anormal) de la estructura y/o

función de los órganos y sistemas; son alteraciones fisiológicas o psicológicas que se manifiestan objetivamente pues pueden observarse y codificarse a partir de determinados signos y síntomas que la biomedicina ha construido, independientemente de que sean o no culturalmente reconocidas.

1.1.1 Diagnóstico, curso, tratamientos y formas de atención a la desnutrición infantil

La nutrición de una persona es fundamentalmente el resultado entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía y otros nutrientes necesarios para la plena realización de sus facultades (Saucedo et al, 2001). La eunutrición hace referencia al estado nutricional correcto y la malnutrición a cualquier alteración de la normalidad. De acuerdo a sus causas, la malnutrición a su vez puede clasificarse en dos tipos; primaria o exógena, y secundaria o endógena. La primera se relaciona con pautas dietéticas incorrectas, respecto al tipo, preparación o higiene de los alimentos que se consumen (Marrodán, 1995). La segunda tiene un origen fisiológico y aparece cuando están perturbadas las funciones digestivas de absorción, transporte, metabolismo celular, reserva o eliminación de los nutrientes y sus metabolitos resultantes; se presenta en personas que tienen anomalías o enfermedades que afectan de manera temporal o permanente esas funciones. Cuando no puede precisarse el peso de los factores primarios o secundarios se habla de una etiología mixta (Marrodán, 1995).

El término **malnutrición** se refiere a las **carencias, excesos o desequilibrios** en la ingesta de **energía, proteínas y/o otros nutrientes**. Aunque el uso habitual del término **malnutrición** no suele tenerlo en cuenta, **su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación** (De la Mata, 2008: 2).

La desnutrición, hiponutrición o subnutrición se produce por el déficit de esos nutrientes, mientras que la sobrenutrición o hipernutrición se debe a las irregularidades originadas por toxicidad o exceso (Marrodán 1995). En consecuencia, la desnutrición es una anomalía en el organismo e incide en el estado de salud.

Aunque el estado nutricional de una persona está en función de factores alimenticios y genéticos, un estudio multicéntrico realizado por la OMS y la

Universidad de las Naciones Unidas entre 1997 y 2003 sobre el patrón de crecimiento de base comunitaria de 8.500 niños del Brasil, los Estados Unidos de América, Ghana, la India, Noruega y Omán, demostró que las diferencias del crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria, que de factores genéticos o étnicos+(De la Mata, 2008), esto siempre y cuando los niños se desarrollen en condiciones óptimas que se controlaron el estudio.⁴ Este estudio es de suma importancia porque proporciona:

Un conjunto técnicamente sólido de instrumentos para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños del mundo durante muchos años por venir. Una característica importante de la referencia nueva es que hace de la lactancia materna la norma biológica y establece el amamantamiento del lactante como el modelo normativo. Las políticas sanitarias y el apoyo público a la lactancia materna se fortalecerán cuando los lactantes amamantados se conviertan en la referencia del crecimiento y el desarrollo normales. Al prescribir el tipo de muestra, el método recomendado proveerá una sola referencia internacional que represente la mejor descripción posible del crecimiento de los niños menores de cinco años y la aproximación más cercana posible a la norma del crecimiento físico que se puede obtener+(Onis *et al*, 2004: 25).

Las tablas de referencia que se utilizaban antes de realizarse este estudio habían sido elaboradas a partir de la valoración del crecimiento de niños que habían sido amamantados con leche de fórmula y que había iniciado su alimentación complementaria antes de los seis meses de vida; además que no habían considerado la inclusión de niños de diversas regiones del mismo criados en condiciones socioeconómicas, ambientales, de mortalidad y sanitarias similares. De acuerdo con Onis (*et al*, 2004), el crecimiento de un niño se ve alterado cuando hay alimentación artificial. Esta situación había llevado a subestimar la obesidad infantil y sobreestimar la desnutrición con las tablas de referencia anteriores, aunque lo más preocupante es que se había prestado muy poca atención a la obesidad infantil y por ello no se había considerado la necesidad de interrumpir el suministro de suplementos nutricionales con alto

⁴ Para más detalles acerca de este estudio ver:

2004, Onis, Mercedes de, *et al*, "El Estudio Multicentro de la OMS de las Referencias del Crecimiento: Planificación, Diseño y Metodología", *Food and Nutrition Bulletin*, The United Nations University 25: 15-26.

contenido de energía (Arana- Cedeño y Alhindawi: 2008) que se promovían para reforzar la nutrición infantil.

Estos y otros resultados de dicho estudio han servido para reforzar las prácticas de lactancia materna que se habían ido deteriorando a causa de diversos programas de gobierno que más bien fomentaban la alimentación complementaria antes de los seis meses de edad, lo cual ha tenido resultados catastróficos para la salud infantil en contextos donde ni siquiera se garantiza el abastecimiento de agua potable (Arana- Cedeño y Alhindawi: 2008).

Con esta evidencia podemos decir que la valoración del estado nutricional de los niños con base a ciertos parámetros puede servir como referencia de su estado de salud. La salud pública en México utiliza tres indicadores para valorar el estado nutricional de una persona, entre ellos se encuentran el peso con relación a la edad, la estatura con relación a la edad y el peso con relación a la estatura, en cada una de estos indicadores la OMS recomienda utilizar sus tablas internacionales de referencia que establecen diferencias por sexo también (Encuesta Nacional de Nutrición, 1999). Cabe indicar que los valores que se utilizan actualmente todavía no se corresponden con los que se derivaron del estudio multicentro de la OMS pues esto requiere de una serie de cambios a nivel de planeación y operación que llevarán su tiempo ajustar, pero como este trabajo no se aboca a la medición antropométrica únicamente usamos las valoraciones actuales como referencia para identificar a la población estudio.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 la desnutrición se determina cuando los valores de peso o estatura del niño se encuentran por debajo de menos dos desviaciones estándar del patrón de referencia, se le denomina de bajo peso o de baja estatura (desmedro) según el parámetro. Cuando el peso de un niño se encuentra por debajo de menos dos desviaciones estándar en relación a su estatura se le considera emaciado. La emaciación es un estado de desnutrición aguda que lo pone en mayor riesgo de enfermedades y muerte que a los niños con desmedro o bajo peso para su edad. La emaciación ha dejado de considerarse problema de salud pública en México puesto que en 1999 únicamente el 2% de la población infantil mexicana la padecía (Encuesta Nacional

de Nutrición, 1999) y en el año 2006 sólo el 1.6% de los niños chiapanecos la padecía (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- Chiapas, 2006), se infiere que se presenta en algunos grupos pero de manera aislada. El peso para la edad es un reflejo de la desnutrición a corto plazo y el desmedro a largo plazo o crónica, la primera ha sido la más utilizada en Salud Pública en México para medir la magnitud de la desnutrición global en poblaciones, en 1999 la padecía el 7.5% de la población infantil. El desmedro está asociado a riesgo de enfermedades y disminución en el desarrollo psicomotor del niño que repercute en su rendimiento escolar y en las capacidades de trabajo físico del futuro adulto; la ENAL 1999 reflejó que el 17.7%, es decir, más de la sexta parte de la población infantil lo padecía. La Encuesta Nacional de Nutrición, 2006 reflejó que el desmedro sigue constituyendo un problema de salud para el estado de Chiapas, principalmente para sus municipios con mayores niveles de marginación, entre ellos se encuentra Ocoatepec.

En términos generales, la salud pública en México considera que la desnutrición infantil sigue siendo un problema puesto que aún figura como causa de mortalidad infantil dentro del grupo de 0 a 4 años de edad y los principales afectados son niños de poblaciones rurales indígenas (*Rendición de Cuentas en Salud 2008*, Secretaría de Salud), una tercera parte de ellos se ve seriamente afectada por este problema que además se caracteriza por su cronicidad, lo cual, como expuse previamente, se refleja en la baja talla que los niños tienen para su edad. Además de los efectos en el crecimiento, la desnutrición vulnera a los niños frente a otras enfermedades como las infecciones diarreicas y respiratorias que aún constituyen causas de mortalidad infantil en esos mismos contextos donde hay mayores prevalencias de desnutrición infantil, generando de esta manera una infancia golpeada constantemente por la enfermedad y el malestar.

1.1.2 Estudios epidemiológicos en torno a la desnutrición infantil en México

A partir de 1957 el gobierno mexicano se interesó por conocer los problemas nutricionales del país, con este fin facilitó al entonces Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNCMNSZ), los medios para iniciar una serie de actividades en salud pública que derivaron en una serie de encuestas que investigaron aspectos económicos, dietéticos y clínicos de las poblaciones que se estudiaron. La primera etapa de estas encuestas se llevó a cabo de 1958 a 1962 y comprendió quince municipios representativos de cuatro regiones del país más el Distrito Federal. Uno de esos municipios fue Motozintla, enclavado en la región sierra chiapaneca. Ya desde esta primera encuesta salieron a relucir las grandes diferencias entre norte, centro y sur del país en referencia al estado nutricional. Los municipios del sur de país, representados por los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero mostraron altos índices de desnutrición infantil, con más del cincuenta por ciento de la población en dicha condición, así mismo, gracias a las encuestas de alimentación que procuraron medir los consumos de alimentos y su aportación nutricional se pudo conocer que en estos estados la alimentación no cubría con los requerimientos nutricionales necesarios.

La segunda etapa de las encuestas abarcó de 1963 a 1974 y comprendió doce zonas del país. Esta investigación obtuvo resultados muy similares a los de las primeras encuestas, reveló que la dieta de la gente pobre aún era limitada en calorías, pobre en proteínas y defectuosa en su equilibrio de nutrimentos, todo lo cual tenía efectos en el estado de salud de los niños. En esta etapa la región sur del país tomó en cuenta a dos localidades con mayoría de población indígena, Milpoleta y Zinacantán enclavadas en los Altos de Chiapas, donde se presentaron las peores condiciones nutricionales del país en niños y adultos.

Ambos conjuntos de encuestas fueron importantes en tanto que dieron a conocer el estado nutricional en que se encontraban diversos municipios del país de manera que se pudieron hacer comparaciones que derivaron en diferencias

significativas de una región a otra. Por otro lado, también permitieron conocer las características de las dietas en esos lugares y, aunque ambas hacen alusión a algunas creencias y tabús en torno al consumo de alimentos en ciertos lugares, no los problematizan ni indagan su racionalidad. Es importante señalar que las encuestas ya hacían alusión a que el bajo poder adquisitivo de las familias que presentaron las condiciones nutricionales más preocupantes, aunado a su baja producción agrícola incidía en el estado nutricional.

En 1974 el INNSZ también realizó la Primera Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural Mexicano, comprendió 90 comunidades y sus resultados fueron publicados parcialmente. En 1979 se llevó a cabo la Segunda Encuesta Nacional de Alimentación que abarcó un total de 219 comunidades que en 1989 se volvieron a estudiar. Estas encuestas revelaron que en 1979 más del 75% de los niños indígenas tenían algún grado de déficit en su crecimiento, que diez años después sólo se redujo en un 2.2% general; es decir, que 73.7% de los niños seguían creciendo con algún grado de desnutrición crónica, y que afectaba seriamente el crecimiento en 52.7% de los niños. En comparación, la población mestiza en 1979 tenía 67.3% de los preescolares en los que se podría considerar algún grado de desnutrición crónica, que para 1989 se reduce a 58.5%. Aunque la población mestiza y la indígena mostraron déficit de talla se hizo evidente que la primera mostraba una tendencia más rápida a la recuperación, acentuando aún más las diferencias de talla entre uno y otro grupo (Saucedo, 2001).

En 1999 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Nutrición la cual nuevamente reveló polarizaciones en el estado nutricional de la población estudiada, observándose las mayores prevalencias por déficit en el sur del país, mientras que en el norte se apreciaron excesos. En esta ocasión el 29.2% de los niños de la zona sur presentaron baja talla para la edad contra 7.1% que presentaron los niños de la zona norte; pero los porcentajes se elevaban más al hacer una diferenciación entre zonas rurales y zonas urbanas, porque en las primeras la prevalencia de desmedro fue de 32.2%, mientras que en las segundas la prevalencia fue de alrededor de 11%. Esta encuesta no hace referencia tácita a

los niños indígenas pero es factible pensar que seguían siendo los más afectados por la desnutrición en tanto que la mayoría de estos niños viven en zonas rurales y en que se concentran en la zona sur del país, la población representada por ambas variables presentó las prevalencias más altas.

EN 2006 se publicaron los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) encabezada por el Instituto Nacional de Salud Pública, misma que reveló que a nivel nacional en los últimos 18 años la desnutrición aguda o emaciación en niños menores de cinco años ha disminuido 4.4 puntos porcentuales o 73% (de 6% en 1988 a 1.6% en 2006), la baja talla disminuyó 10.1 puntos porcentuales o 44% (de 22.8% en 1988 a 12.7% en 2006) y el bajo peso aminoró 9.2 puntos porcentuales o 64% (de 14.2% en 1988 a 5% en 2006) (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006: 75- 76).

En términos generales, a nivel nacional el 5% de la población infantil se clasificó con bajo peso, 12.7% con baja talla o desmedro, y 1.6% con emaciación, con lo cual esta última ha dejado de considerarse un problema de salud pública. En contraste, 5.3% de los niños presentaron sobrepeso. Sin embargo, hablando regiones en particular, el caso de Chiapas todavía revela diferencias importantes con el panorama nacional porque las prevalencias de bajo peso y baja talla duplican a la nacional al colocarse en 10.3% y 27% respectivamente, la emaciación se presenta en menos del 2% de la población infantil. Con estos resultados Chiapas se colocó en el primer lugar a nivel nacional con bajo peso y baja talla para la edad en población menor de cinco años. Casi el 56% de estos niños viven en localidades rurales, el resto en urbanas.

Esta última encuesta comparada con las anteriores revela que la situación nutricional del país no ha cambiado en los últimos años en el sentido de que sigue apreciando una polarización en las prevalencias por región, siendo la sur la que se ha visto más afectada desde los primeros estudios y hasta la fecha como lo revelan los resultados obtenidos en Chiapas. Con estos resultados se entiende que es necesario seguir investigando para profundizar en el estudio de la situación nutricional de ciertas localidades en México, principalmente rurales, que puede suponerse, en buena parte resultarían con mayoría de población indígena.

1.2 La dimensión *illness*, las representaciones sociales de la desnutrición infantil, estudios antropológicos realizados en México

El padecimiento (*illness*), hace referencia a la experiencia subjetiva y el significado de la enfermedad para el que la padece y quienes le rodean; se sitúa en la dimensión psicosocial de la experiencia y se construye culturalmente, incluye la percepción, la atención, la respuesta afectiva, la cognición y evaluación de la experiencia del sujeto enfermo como la de sus redes sociales (Young, 1982). El análisis de esta dimensión es de suma importancia puesto que para comprender el por qué del estado de salud de cierto grupo social no sólo hay que atender al discurso biomédico fundado en la ciencia para diagnosticar los padecimientos, sino que hay que prestar atención a los significados que los grupos le dan, conocer hasta qué punto las enfermedades reconocidas por la biomedicina son consideradas problemas de salud en contextos locales y así entender cómo se organiza su atención. Centrarnos nada más en la dimensión *disease* sólo lleva a elaborar juicios de valor con miradas etnocentristas, pues obceca los saberes locales fundados en racionalidades que resultan de un pragmatismo generado por su experiencia directa al tener que lidiar con ellos constantemente. Todos los grupos sociales procuran dar sentido a los padecimientos y a la muerte y con este cometido se organizan socialmente, en consecuencia, es importante preguntarse a dónde apunta esa organización, si esta genera bienestar o lo contrario.

A continuación presentaremos, de manera breve, evidencia acerca de las representaciones sociales que dos poblaciones mexicanas generaron en torno a la desnutrición infantil. La primera fue realizada con el enfoque de representaciones sociales de Jodelet; la segunda, aunque tiene un enfoque culturalista, contiene elementos que podemos ubicar en esa dimensión como son las creencias locales acerca de la alimentación y nutrición, por eso se le incluye en este apartado pese a que el tratamiento de la información en dicho trabajo se centra más en las condiciones materiales de existencia y su influencia en el estado nutricional de los niños.

1.2.1 En Hueyapan, Morelos

Paulo- Maya (2007) realizó una investigación en Hueyapan,⁵ una comunidad campesina con prevalencias significativas de desnutrición infantil, pero donde llamaba la atención que unas cuantas familias concentraran los casos de desnutrición de segundo grado. El autor consideró a la familia como unidad de análisis y tomó en cuenta factores tales como el patrón reproductivo, la distribución diferencial de los recursos y tiempos al interior del grupo familiar, las redes de relación y las representaciones sociales asociadas con el bajo peso y la estatura como coadyuvantes del déficit nutricional de segundo grado en preescolares.

Entre los resultados más significativos encontró que varias familias tenían dificultades para reconocer el déficit de talla y de peso en sus hijos; resaltaba que varios padres consideraban que sus hijos eran pequeños porque así era su raza, o bien, que era resultado del descuido a causa de la prioridad que otorgaban a las actividades económicas de reproducción del grupo familiar. Por otro lado, se encontró que, gracias a las enseñanzas de los trabajadores de salud, algunas familias reconocieron y asociaron que la desnutrición era resultado de una mala alimentación cuyo efecto es la presencia de enfermedades.

La dificultad para reconocer la desnutrición como una enfermedad subyacente a otras tantas es otro factor que influye en su atención. La mayoría de las madres de familia recurrían en primera instancia a la autoatención cuando sus hijos enfermaban. Sólo cuando percibían mayor gravedad, debido a la duración del tratamiento o la ineficacia de la autoatención, recurrían a curanderos o a los médicos; pero incluso este tipo de atención más especializada era evitada en muchas ocasiones debido a la falta de recursos económicos y la poca confianza que las personas refirieron respecto a la medicina alópata.

⁵ Hueyapan, Estado de Morelos, México.

Un aspecto que resalta de este trabajo es que, en algunos casos, los padres de familia evitaron que sus esposas recibieran apoyos institucionales como las despensas porque eso afectaba su imagen de hombres proveedores. Del mismo modo, eran ellos quienes la mayoría de las veces prohibieron a sus esposas atender a sus hijos en los centros de salud o clínicas debido ya que desconfiaban de este tipo de atención y porque implicaba gastos que no podían costear. Este fenómeno empobrecía las redes de apoyo institucionales de las mujeres.

Aunque el trabajo no fue elaborado con enfoque de género, el análisis de los diversos factores considerados como coadyuvantes de la desnutrición infantil dejan entrever que en varios casos hay una percepción diferencial de la enfermedad entre los cónyuges, siendo los padres quienes tienen más dificultades para reconocerla y que se requiere de la anuencia del esposo para llevar a cabo acciones en torno a la atención de las enfermedades de los hijos, así como de las redes sociales de las mujeres, que en varios de los casos no eran tan fuertes como para ayudarlas.

En resumen, las dificultades para reconocer la desnutrición en los niños, la debilidad de las redes sociales de las mujeres debido a la fuerte influencia del esposo en la toma de decisiones respecto a la atención a la enfermedad, la desconfianza hacia los médicos, y las dificultades económicas de las familias generaban que los niños con desnutrición recibieran una atención limitada que no se restringía a este padecimiento sino que se extendía a los que el mismo favorecía y que complicaban el cuadro de los niños.

1.2.2 Entre localidades con mayoría de población zoque en Chiapas⁶

En su investigación Reyes (1995) analiza los efectos que la migración forzosa, a causa de la erupción del volcán Chichonal acaecida en 1982, tuvo en el estado nutricional de los niños zoques de la zona norte de Chiapas. Este trabajo muestra

⁶ Se refiere a familias originarias de los municipios de Francisco León y Chapultenango, localizados al noroeste del Estado de Chiapas, México.

elementos de las creencias que los zoques tienen acerca de la alimentación pero con su correspondiente evidencia antropométrica que permite analizar la relación entre ambos en tres periodos de tiempo diferentes: antes de la erupción, poco después de la misma (etapa de adaptación en sus nuevos asentamientos) y diez años después.

A nivel de lo que podemos identificar como las representaciones sociales el autor hace referencia a las ideas y creencias que los zoques tienen respecto a la alimentación y el cuerpo; se evidencia cómo estos dos elementos están anclados a parámetros de orden cultural muy complejos y no a lo anatómico precisamente. Por ejemplo, el cuerpo es comparado al árbol, a la ceiba, de lo que resulta que la fortaleza, robustez y longevidad sean atributos del árbol que se esperan análogamente en las personas; el alimento es como la savia del árbol, da vida a toda la estructura que el árbol representa en analogía al cuerpo humano; la mujer es como la flor, debe ser fértil. No obstante, no parece haber una dimensión especial para la desnutrición, lo más cercano como padecimiento es el *pak pak jan uki kutkuy* (hueso, hueso- flaco, flaco- no come comida) que tiene características similares a las del tercer grado de desnutrición, pero que los zoques atribuyen a complicaciones del *espanto* o a brujería y no a la carencia nutricional.

Al explorar la dimensión simbólica y cultural de la fisiología de la nutrición, se desprende que la alimentación es un todo integrado, que evidencia la relación del zoque con su entorno, es decir, los factores externos (particularmente la agricultura) tienen relación directa con el proceso digestivo; por ejemplo, los zoques se representan en el maíz, están hechos de maíz y su desarrollo físico es similar al de aquel. Así mismo, los alimentos tienen propiedades, son fríos o calientes, y su consumo debe ser equilibrado ya que el predominio de alguna propiedad produce desequilibrios (enfermedades). El puro acto de comer está diferenciado de cultivar la alimentación, pues ésta última implica comer mejor, que es igual a consumir buena comida pero también tener buena relación con los otros, ser cordiales y generosos.

Las costumbres alimentarias se basan en sus representaciones de las propiedades de los alimentos en correspondencia con las distintas etapas etarias de la vida y eventos particulares como el embarazo, el parto, el puerperio, la lactancia y la ablactación. Respecto al embarazo, se restringen el chile, el limón y los alimentos cuachis (gemelos); en la lactancia, los alimentos calientes se evitan y se favorecen aquellos que se cree ayudan a la producción de leche (atoles); el destete y la ablactación son tardías y obedecen a creencias que no favorecen el estado nutricional del niño, pues se le dan alimentos que no pueden asimilarse fácilmente a muy temprana edad, así como se usa el biberón pero sin las condiciones higiénicas pertinentes. Por otro lado, los zoques le dan prioridad a los niños en la alimentación, las niñas están en segundo término (lo cual también se evidenció en los resultados de la antropometría) aunque en general ambos géneros gozan de no tener restricciones en su alimentación en la etapa preescolar. En épocas difíciles ~~los~~ zoques ~~comen~~ lo que caiga, lo cual nos habla de la estrecha relación entre la producción (de temporal y en función directa de las condiciones climáticas y ambientales) pues con alimentos insuficientes sólo ~~engañan~~ al estómago.

Estos elementos acerca de las representaciones sociales de la alimentación y la nutrición constituyeron un antecedente para la investigación que he llevado a cabo. Habría que señalar que Reyes encontró que los zoques afectados por el volcán se representaban su vida previa a la migración forzosa como ~~mejor~~ pese a que la evaluación antropométrica reveló que su estado nutricional no era adecuado. Los niños que nacieron en los asentamientos reubicados tuvieron mejor estado nutricional que aquellos que nacieron en los viejos asentamientos que los zoques repoblaron con el tiempo, también estaban en mejor estado que aquellos niños que nacieron en los viejos asentamientos pero que continuaron su desarrollo en los nuevos. Esto llevó a Reyes a la conclusión que la migración forzosa había tenido efectos positivos en el estado nutricional de los niños, éste se vio mejorado gracias a los apoyos que las familias recibieron en su proceso de reubicación y a las facilidades que los nuevos asentamientos brindaron en términos de acceso a

otras fuentes de empleo y mercados para abastecerse de alimentos más variados. A todas luces, el cambio de contexto en el sentido de mejoramiento de sus condiciones materiales de existencia tuvo un efecto positivo en el desarrollo de los niños, y que contrastaba con las condiciones tan precarias en las cuales siguieron su desarrollo los niños de los viejos asentamientos repoblados, donde las carencias continuaron y con ellas las enfermedades, aunque las representaciones sociales de la desnutrición reflejaban que no se le reconocía, y en consecuencia, tuvieron dificultades para asociar su reubicación a una mejora en el estado nutricional de los niños.

1.3 La dimensión *sickness*, la desnutrición como un problema estructural

El malestar (*sickness*) es otra de las categorías que componen la entidad del padecer; es más abstracta pues hace referencia al proceso de socialización de la enfermedad y el padecimiento, es decir cómo se le configura a través de significados socialmente reconocidos en determinados contextos socioculturales y económicos. Es el proceso a través del cual conductas preocupantes y signos biológicos, particularmente aquellos originados por la enfermedad, toman significados socialmente reconocidos, cómo son convertidos en síntomas y en resultados socialmente significativos (Young, 1982). En el apartado anterior revisamos dos trabajos etnográficos que nos hablaban de la normalización de la desnutrición en contextos de escasez; a continuación revisaremos tres trabajos más que sugieren algo similar pero además problematizan esta enfermedad a la luz de las condiciones político- económicas, revelando su carácter estructural. Estos ejemplos nos revelarán la importancia de incluir el proceso alimentario como un eje de análisis de la desnutrición, por lo cual también decidí incluir más adelante lo que dice la FAO⁷ respecto a la soberanía alimentaria y a la responsabilidad que los países hegemónicos tienen para ayudar a los de que se encuentran en vías de desarrollo pues la crisis alimentaria a nivel mundial no es

⁷ Por sus siglas en inglés: Food and Agriculture Organization, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

producto de la baja producción sino de la mala distribución de alimentos, lo cual refuerza que la desnutrición es un problema de carácter estructural.

1.3.1 En Mali, Dettwyler

Katherine A. Dettwyler propone que las investigaciones que tengan que ver con temas nutricionales en antropología médica deben utilizar una aproximación biocultural. Con esto ella nos invita a tomar seria consideración de los parámetros cuantitativos que determinan el estado nutricional de los niños como los estándares elaborados por el *National Center of Health Statistics (NCHS)* que ella utilizó en la investigación que llevó a cabo en Mali, puesto que esos parámetros o medidas muestran las implicaciones biológicas del estado nutricional (*disease*, siguiendo a Young, 1982). Que los niños con desnutrición son más vulnerables que los niños con estado nutricional normal es incuestionable; sin embargo, la autora también nos invita a prestar atención a otros aspectos que vas más allá del hambre como impulso biológico para considerar los factores políticos y ecológicos que determinan la disponibilidad de comida y los factores culturales que dan forma a la aceptabilidad y preparación de la comida (Dettwyler, 1998: 389).

La selección de estudios de caso que realizó Katherine demuestra que la relación entre estatus socioeconómico y desnutrición no es simple, ya que algunos de los casos que ella presenta son los hijos de madres con bajo estatus pero dentro de familias extensas relativamente prósperas. Los tres estudios de caso que presenta comprenden siete niños con las características de crecimiento más pobres del lugar. Sus datos de crecimiento no están tan completos como aquellos de otros niños debido a varias razones. Con frecuencia, los niños estaban tan enfermos o miserables para ser medidos, incluso un niño murió durante el estudio. Sin embargo, sus circunstancias familiares, a pesar de únicas en sus combinaciones específicas de factores, no son atípicas. Estos estudios de caso claramente ilustran que la desnutrición es, con frecuencia, resultado de un complejo juego de factores actuando en conjunto pues la vasta mayoría de la desnutrición crónica leve y moderada tan extendida en el Tercer Mundo no tiene una sola causa

primaria, como tampoco tiene una solución simple porque es resultado de una intrincada red de factores interactuando en conjunto.

Entre estos factores, para el caso de Mali, Dettwyler (1998) señala: las **restricciones de la pobreza**⁸ por las cuales muchas mujeres malíes permanecían en condiciones de casa insostenibles, al grado que alguna tuvo que elegir entre gas para la bicimoto o comida para sus hijos. Las **restricciones de las instituciones sociales** como la adopción, la poliginia, la patrilinealidad, y el arreglo de matrimonios que gozan de la anuencia social y vulneran a las mujeres. Las **prácticas tradicionales de alimentación infantil** como realizar el destete tan pronto como la mamá se vuelve a embarazar, dejando a los propios niños sin decidir si y cuánto quieren comer. La **tensión del sarampión**, exacerbado por las altas temperaturas de la temporada de calor, o la tensión de la malaria durante la época de lluvia, que hacen a la desnutrición devastadora. Las **restricciones de un inadecuado sistema de salud**, que hacen del sarampión y de la malaria una seria amenaza. Las **restricciones de un medio ambiente contaminado** debido a la falta total de un sistema de alcantarillado y un tiradero de basura, que genera diarreas frecuentes a los niños. Las **restricciones impuestas por la falta de agua entubada y electricidad**, por las cuales las mujeres tienen que pasar tantas horas al día jalando agua, cortando leña y machacando mijo, dejándoles menos tiempo y energía para dedicarse a las actividades implicadas en el cuidado de sus hijos.

Los detalles de la situación de cada niño difieren, pero en cada caso de desnutrición severa, una variedad de factores biológicos, culturales y sociales contribuyen. En cambio, para aquellos niños que crecieron más o mejor que el promedio de esta población, su situación de casa incluye sólo pocos o ninguno de los factores restrictivos que las mujeres de este estudio enfrentaron.

⁸ Las negritas son mías.

Los estudios de caso de Dettwyler sugieren que una verdadera e integrada aproximación biocultural, debe incluir historias de caso longitudinales de los niños y de las poblaciones si queremos entender todas las interacciones entre cultura y biología que resultan en patrones observables del estado nutricional, crecimiento y desarrollo, morbilidad y mortalidad, y utilizar este entendimiento para diseñar programas de intervención exitosos para mejorar la salud del niño. Esto debe ser reconocido por quienes diseñan las políticas públicas. La desnutrición no tiene una solución fácil. No sólo hay que eliminar la red de factores que la generan sino reforzar aquellos factores que forman la red de sanidad en cada comunidad para asegurar que más niños sobrevivan y prosperen.

En particular, los investigadores interesados en atenuar la desnutrición infantil deben ir más allá de las simples mediciones del estatus socioeconómico, y darse cuenta que toda la gente pobre no es igual ya que diferencias en las circunstancias individuales y familiares tienen efectos importantes en el estatus nutricional y la salud, y en la sobrevivencia de los niños. No todos los miembros de la familia tienen el mismo acceso a los recursos de la casa, no todos los padres ponen las necesidades del niño como prioritarias. Finalmente, es engañoso, fútil, pensar que la desnutrición puede ser aliviada con alguna vara mágica como la solución de hidratación oral, la Vitamina A o las campañas de lactancia materna. Salvar hoy a un niño de morir de diarrea, usando soluciones de rehidratación oral, de manera que puedan morir mañana de malaria, no es una mejora significativa. Mejorar el ingreso familiar, sólo para gastar ese ingreso en bienes altamente costosos o que proporcionen prestigio pero nutricionalmente inferiores comidas ~~accidentales~~, no mejorará el estado nutricional de los niños (Dettwyler, 1998: 399- 400).

1.3.2 En Brasil, Scheper- Hugues

Nancy Scheper- Hugues (1997, 1998) trabajó como voluntaria de los Cuerpos de Paz en un barrio muy pobre de un pueblo situado al nordeste de Brasil, denominado *Alto do Cruzeiro*. Dieciocho años más tarde ella regresaría a este

lugar para realizar una investigación cuyo objetivo era analizar la maternidad que se construye en un contexto de extrema pobreza y desesperanza. Las altas tasas de mortalidad infantil que se registraban en este pueblo, derivadas del *descuido selectivo* operado por las madres en contextos de escasez, la llevó a cuestionar el modelo universal de *amor materno*, argumentando que la mortalidad infantil es resultado de la política económica y no de la tecnología médica. En este sentido toma especial relevancia la *indiferencia* o *desapego* de estas madres respecto a los hijos que no muestran voluntad o fuerza para vivir. Este desapego, denominado como *descuido selectivo*, parte de una mirada etnocentrista de la maternidad que no problematiza el descuido o violencia estructural que se ejerce sobre estas madres que tienen que elegir a cuál hijo apostarle y a cuál dejar morir. Esta mirada crítica de la autora es de gran relevancia en antropología médica pues nos sitúa en la dimensión *sickness* sosteniendo que la enfermedad es producto político- económico, en consecuencia, un asunto de estado, e incluso si queremos ir más allá, un problema del modo de producción capitalista que enriquece cada vez más a unos cuantos mientras empobrece más a otros.

En *El Alto* los salarios estaban muy por debajo del mínimo para cubrir con las necesidades básicas, sin embargo no habían más opciones de trabajo debido al imperio de los ingenios y a los bajos niveles de instrucción de los pobladores (*moradores*). Para las mujeres la situación era más aguda ya que emplearse implicaba deshonor para el esposo. La explotación que vivían los pobladores era conocida por las autoridades, quienes favorecían a esa minoría acaudalada, otorgándoles privilegios y favores. Esta violencia cotidiana no se veía en las casas o en los barrios de los moradores, donde, por el contrario, se procuraba la ayuda mutua. Se trataba de la violencia estructural que ejercían los aparatos de gobierno en sus diversas instancias, incluyendo los servicios de salud. Esta violencia se normalizó a tal nivel que se imprimió en la subjetividad de los pobladores del *Alto* quienes casi se inculpaban por ser pobres y marginales.

La incapacidad económica de las familias para comprar suficiente alimento generaba dietas pobres que producían desnutrición. En una sociedad estratificada,

con altos niveles de desigualdad y marginación, los contrastes de los hábitos alimentarios entre ricos y pobres eran evidentes, los ricos no sabían comer+ y los pobres comían porque tenían que hacerlo, sin gusto y la mayor parte de las veces sin satisfacerse. La autora analiza la dimensión subjetiva del *delirio de fome* y del *nervoso*, para mostrar cómo el hambre (*delirio de fome*- delirio de hambre), en tanto construcción social, se transformó con el tiempo y fue desplazado, sustituido por la queja de *nervoso* (nervios), nervios derivados de una privación de comida de largo plazo pero que obturaba el problema en la subjetividad de los brasileños, el hambre se normalizó y entonces la demanda fue de medicamentos. Este desplazamiento del síntoma vino con el proceso de institucionalización de la medicina en la localidad y la medicalización.

Algunos hábitos alimenticios como dar a los recién nacidos *mingau*, una pasta o papilla espesa hecha con harina de mandioca y agua y/o leche, o leche en polvo (regularmente de mala calidad) que elevaba el estatus de la madre (dimensión ideológica), en lugar de leche materna, obedeciendo a la idea errónea de que la leche materna no era nutritiva y era insuficiente para el bebé, incrementaba la mortalidad infantil al grado que no había familia que no la experimentara. La escasez y aspereza que caracterizaba la vida de estas mujeres afectaba su autoimagen y su autoestima ya que sentían que no podían producir leche nutritiva, manifestando que no tenían que dar+.

La negligencia selectiva que se reflejaba en la atención a los niños vigorosos y la desatención a los niños que nacían queriendo morir+, paradójicamente coexistía con un apego maternal intenso, como lo ejemplificó en ciertos casos. Esta desatención a ciertos niños o negligencia selectiva nada tenía que ver con la idea norteamericana de maltrato infantil ni con las teorías que hablan de una maternidad agresiva, sino con las precarias condiciones materiales de vida de la barriada que llevaba a las madres a sentir sus recursos limitados y tener que distribuirlos entre los integrantes de su familia, lo cual hacían con base a su experiencia apostando por los niños con más posibilidades. Los niños eran los chivos expiatorios de un ambiente de carestía y las madres se predisponían a ver

la muerte para hacerla menos dolorosa cuando era parte de su cotidianidad. Esto explica que, pese a la alta natalidad, la antropomorfización del bebé, el proceso de socialización, se retardaba y sólo recibían nombre aquellos que sobrevivían al primer año de vida.

1.3.3 En México, Bonfil Batalla

Bonfil priorizó en su análisis de la desnutrición en Sudzal, Yucatán, a las condiciones económicas de una sociedad campesina, y la relación de éstas con un mercado más amplio, mientras que otros factores culturales como los hábitos y los valores estaban en segundo plano. Su postura neomarxista, orientada por el evolucionismo multilíneal, criticaba los trabajos que habían hecho antropólogos norteamericanos en México con una aproximación teórica que privilegiaba los factores subjetivos como causa principal de la desnutrición, con lo cual, afirmaba, negaban la dialéctica de las condiciones materiales de vida de la sociedad y la transformación del modo de producción, mismas que desde su perspectiva constituían el motor principal de la evolución social.

Bonfil presenta algunas de las ideas que prevalecen en torno a la alimentación y describe la dieta de la población. El maíz, el frijol y el chile que estos campesinos producían eran la base de la dieta y se incluían regularmente en las tres comidas que hacían en el día; esa dieta monótona no incluía los nueve nutrientes considerados esenciales por los nutriólogos, ya que el estudio tuvo un carácter multidisciplinario. Las carnes y lácteos se consumían con poca frecuencia ya que su precio era elevado y era difícil conseguirlos debido a que carecían de aparatos de refrigeración para conservarlos.

Así, la disponibilidad de alimentos era la causa principal de la desnutrición en la comunidad, por ello es necesario entender la dinámica de la producción agrícola previamente. En el momento del estudio ésta estaba dividida en tres niveles de actividad. El primero era la producción destinada a la venta con la industria extranjera: el henequén, que tenía un único comprador autorizado: El Banco Nacional de Crédito Ejidal, el cual entregaba las utilidades de la producción tres o

cuatro veces por año, mientras que por parte del ejido el agricultor o ejidatario recibía un ingreso semanal fijo que oscilaba entre \$24.00 y \$48.60 semanales. El segundo era el autoconsumo; el maíz, producto principal de la milpa, sólo se vendía en casos de *necesidad*, o cuando había *sobrante*. Otros productos que se cosechaban en menor cantidad en la milpa como chile y semilla de calabaza podían venderse en el mercado. El tercer nivel era lo que se producía en el solar ubicado dentro de la comunidad: frijol, calabaza, chinás (naranja agria), limón, chile, cuyo rendimiento era mínimo.

La producción henequera, supeditada a las demandas del mercado mundial, no podía explotarse más porque eso fomentaría una sobreproducción que generaría una baja en los precios del mercado internacional. Los ejidatarios, desconocedores de este fenómeno, manifestaban su malestar en cuanto al ingreso semanal percibido que casi en su totalidad era ocupado para comprar alimentos que no producían (galletas, azúcar, sal y otros). Por tanto, la alimentación tenía que cubrirse con la producción familiar, en la medida de lo posible, sin poder variarla y en muchas ocasiones, sin siquiera cubrir los requerimientos calóricos y proteínicos. Así, la desnutrición reflejaba las fallas en el modo de producción y las relaciones de producción de la comunidad, ancladas a un sistema mayor.

Para Bonfil, la desnutrición debía explicarse en el marco de la situación general de la comunidad, a la cual el comercio exterior le afectaba de manera negativa y el mecanismo comercial interno absorbía la mayoría de los recursos monetarios de la familia. Previo a la Reforma Agraria, los campesinos de Sudzal estaban constantemente endeudados con el hacendado a través de la *tienda de raya*; posteriormente, el endeudamiento era con el comerciante. El problema de la limitada solvencia económica se reflejaba en la poca disponibilidad de alimentos tanto antes como después.

El argumento central del autor, que los modos y relaciones de producción generaban condiciones de vida limitadas que repercutían en el estado nutricional,

tiene vigencia. Cada año la producción de alimentos a nivel mundial es mayor y aún así la subalimentación persiste, el problema radica en su distribución. El mercado mundial determina los precios de los alimentos y otros productos agrícolas como sucedía con el henequén, así que su disponibilidad dependerá de la economía de cada país. Este trabajo demuestra que la desnutrición es un problema de carácter estructural atendiendo a la pobreza que genera el modo de producción capitalista; esto me lleva a abrir la discusión del proceso alimentario como un elemento de primera importancia en la discusión de la desnutrición sobre todo cuando trabajamos con sociedades campesinas.

1.4 El proceso alimentario

Comienzo este apartado con una cita de Garine que considero muy ilustrativa para concatenar las ideas que he venido desarrollando previamente:

El comportamiento nutricional del hombre debería ser estudiado no sólo desde el punto de vista fisiológico y psicológico sino también desde el punto de vista sociocultural. El hombre es un ser social, sus profundamente enraizadas costumbres alimentarias se han desarrollado en el seno de una cultura y varían ampliamente de una sociedad a otra. Los factores socioculturales que afectan la alimentación y la nutrición incluyen desde las tecnologías materiales a las ideologías y símbolos implícitos, y se encuentran interrelacionados en un modelo original. Técnicas como las empleadas para la producción, elaboración y cocinado de alimentos, y escalas conflictivas de valores, todo ello debería ser tenido en cuenta. Aunque nos puedan parecer obvias las correlaciones generales entre comida, nutrición y varios factores culturales tal y como se presentan en nuestra sociedad, estamos aún lejos de haber determinado las reglas que rigen el comportamiento alimentario. Aunque la civilización industrializada occidental tiende a extenderse por todo el mundo, esto no nos exime de un riguroso análisis de los aspectos socioculturales en cada caso concreto, y deberíamos evitar generalizaciones apresuradas si queremos hacer algún progreso en las investigaciones fundamentales y desarrollar programas eficientes que tengan por objeto el bienestar nutricional+(Garine, 2002: 129).

Así como todos los grupos sociales procuran explicarse los padecimientos y crean sistemas de atención para paliarlos o curarlos (Menéndez, 2002), de igual forma, la alimentación es otro de los procesos sociales sobre el cual se generan representaciones y prácticas concretas que denominaremos prácticas o hábitos alimentarios. Mead y Guthe (1945, en: Garine, 2002: 130) definieron los hábitos alimentarios como el estudio de los medios por los que los individuos, o grupos de individuos, respondiendo a presiones sociales y culturales, seleccionan, consumen y utilizan porciones del conjunto de alimentos disponibles+

Siguiendo la estructura de este capítulo tenemos que la desnutrición infantil es una enfermedad que se caracteriza por el déficit de nutrientes en el organismo pero que puede traducirse en déficit de vitaminas y/o minerales o de calorías y proteínas, siendo esta última la que más afecta a grandes conjuntos poblacionales que viven en condiciones de pobreza y marginación como lo han revelado las encuestas de nutrición llevadas a cabo en México, donde llama la atención que han sido los grupos indígenas los más afectados históricamente. Es por ello necesario preguntarnos qué comen estos grupos para entender el por qué del déficit nutricional, sin embargo, qué comen no se reduce a elaborar una lista de alimentos o medir sus cantidades, sino que implica analizar la racionalidad que siguen los hábitos alimentarios en correspondencia con las prácticas religiosas, las determinantes ecológicas y económicas e incluso la influencia de los medios masivos de comunicación que en la actualidad juegan un papel muy importante. En este sentido el hecho alimentario adquiere un carácter complejo que nos obliga a tener en cuenta diversas cuestiones o variables. Forzosamente el hecho de comer está ligado a la biología humana como a los procesos adaptativos empleados en función de sus particulares condiciones de existencia que varían en cada momento histórico y en cada contexto (Contreras, 1993), por ello he considerado hablar del proceso alimentario, más que de la alimentación o nutrición en términos generales, pues ese concepto hace alusión a un hecho continuo y cambiante que varía en cada conjunto social donde se analice y en el cual participan diversos actores e instituciones que muestran la extensa red de relaciones recíprocas que se establecen dentro y fuera del grupo y con la naturaleza:

Por esta misma razón, la alimentación debe ser puesta en relación con las actividades de producción y de reproducción, que ocupan un lugar central en la vida del hombre. Puesto que se halla ligada a los modos de producción de los bienes materiales, el análisis de la cocina, a su vez, debe relacionarse con la distribución de los poderes y de la autoridad en la esfera económica; es decir, a los sistemas de clase o de estratificación social y a sus ramificaciones políticas (Contreras, 1993: 34)

Siguiendo a Contreras (1993) el proceso alimentario alude a *los modos de aprovisionamiento y de transformación de la alimentación*. El mismo autor lo divide en cuatro fases:

- **Producción:** Esta fase es predominantemente económica pues está ligada al sector primario, a la organización del trabajo y a las técnicas de producción y almacenamiento.
- **Distribución:** Esta fase es la más afectada por la política puesto que el repartimiento de los productos que se producen sigue diversos fines, unos pueden servir para autoconsumo, otros como pago es especie, tributos o impuestos; además, en esta fase se discuten los arreglos que se hacen al interior del grupo doméstico con relación a la conservación, a la venta en el mercado, y sobre todo, el consumo hasta la próxima cosecha.
- **Preparación:** Esta fase hace referencia al ámbito privado de lo doméstico, la cocina como espacio predominantemente femenino, por lo cual muestra claramente los sistemas de división y estratificación del trabajo doméstico patrimonial; por otro lado, también hace referencia a las técnicas de conservación y depósito de los alimentos. Así mismo, en esta fase se revelan creencias y técnicas en referencia a las propiedades de los alimentos que repercuten en su manera de cocinarse y en su aprovechamiento en términos nutricionales.
- **Consumo:** Por un lado, esta fase revela el tipo de relación que se da entre los integrantes del grupo doméstico, a quién se le sirve primero, qué se le sirve y la cantidad; por otro lado, muestra aspectos de la identidad grupal cuando rastreamos en la racionalidad del consumo qué comen los grupos, por qué lo comen como lo comen, dónde lo comen, cuándo lo comen, el número de comidas al día, etc.

Como se puede apreciar con este modelo, las fases del proceso alimentario nos permiten estudiar a la cultura en sentido amplio, en términos de relaciones sociales, representaciones y prácticas que se construyen por medio de la

socialización de los grupos domésticos, para cuyo estudio la antropología cuenta con técnicas y métodos adecuados. Como dice Ross:

«No estudiamos las costumbres dietéticas humanas meramente porque son interesantes, sino porque en definitiva contribuyen a definir la calidad de vida de la gente. La variación en lo que la gente come refleja variaciones sustantivas en el estatus y el poder, y caracteriza sociedades internamente estratificadas en ricos y pobres, enfermos y sanos, desarrollados y subdesarrollados, sobre alimentados y desnutridos. Una antropología que, mediante uno u otro artilugio metodológico, reduce tales caracteres de cualquier sistema social a productos de la mente humana no consigue más que encadenarse a un relativismo condescendiente. Un relativismo que bloquea toda posibilidad de alzar una voz crítica racional.

Constituye un requisito necesario de la perspectiva que defiende el considerar la dieta en el seno de una comprensión históricamente formulada de cualquier sistema social, como un producto evolutivo de las condiciones medioambientales y de las fuerzas básicas, especialmente las instituciones sociales y las relaciones sociales, que efectivamente determinan su uso» (Ross, 2002: 259- 260).

En este punto desnutrición y proceso alimentario se anudan en una relación muy compleja que vale la pena explorar en contextos locales particulares. Si la nutrición y la salud de una sociedad están en función de la equidad y la capacidad de respuesta en su organización y estructuras políticas y económicas (Saucedo, 2001), la desnutrición es un problema social anclado a la problemática alimentaria de cada grupo social y por lo cual es pertinente analizar el proceso alimentario como un hecho social. Conocer cuánto y qué come la gente no sirve de mucho si las dietas no se ponen en relación a todos los mecanismos sociales que culminan en un plato de frijoles con arroz para la merienda de hoy.

Ya podemos ver esta relación tan estrecha entre estado nutricional y proceso alimentario en los trabajos de Bonfil y Scheper- Hugues aunque ellos no lo plantearan justamente de esa manera. Estos autores centran su discusión de la desnutrición y la mortalidad infantil como problemas estructurales que, aunque adquieren significados sociales particulares, no dejan de poner el acento en la inequidad y la desigualdad en la que viven ciertos conjuntos sociales a los cuales el sistema económico- político vulnera de manera constante y que se refleja en sus condiciones materiales de existencia y en su estado de salud. Es por ello que, siguiendo con la discusión del proceso alimentario y de la desnutrición como productos de configuraciones locales ancladas a un sistema mayor, me parece

pertinente hacer una revisión breve de lo que dicen algunos organismos internacionales de la desnutrición a la luz de la crisis alimentaria que comenzó en 2008 y que está proyectándose como un factor que vulnerará aún más a los grupos de por sí afectados por esta enfermedad, y con lo cual esta última nos revela, además de su carácter estructural, que es un problema global, por ello su atención rebasa las acciones gubernamentales de cada país o nación, sino que requiere la atención de las naciones en su conjunto.

1.4.1 El binomio desnutrición- pobreza, lo que dice el BM

La malnutrición desacelera el crecimiento económico y perpetúa la pobreza por tres vías: pérdidas directas de productividad derivadas del mal estado de salud; pérdidas indirectas resultantes del deterioro de las funciones cognitivas y la falta de escolaridad, y pérdidas originadas en el aumento de los costos de la atención de salud. Los costos económicos de la malnutrición son considerables: se estima que las pérdidas de productividad superan el 10% de los ingresos que una persona obtendría a lo largo de su vida, y debido a la malnutrición se puede llegar a perder hasta el 2% ó el 3% del producto interno bruto (PIB). Por ende, mejorar la nutrición es una cuestión que concierne a la economía tanto o más que al bienestar social, la protección social y los derechos humanos+ (Banco Mundial, 2003: 2-3).

Desde esta perspectiva la desnutrición, como una de las expresiones de la malnutrición, se revela como un problema económico porque afecta el desarrollo de los países. El BM reconoce que la desnutrición está vinculada a la pobreza de ingresos, es por ello que el primero de los ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio) de la Organización de las Naciones Unidas es erradicar la pobreza extrema y el hambre pues ambos forman un binomio en los contextos donde se presentan las más altas prevalencias. El BM insta a los países a que inviertan más recursos en la consecución de dicho objetivo con el cual se han comprometido, sin embargo, para el BM (2003) la falta de un compromiso sostenido de los gobiernos derivó en una reducida demanda de atención a la nutrición, o lo que es lo mismo, una pobre inversión en programas destinados a combatirla pues no sólo se requiere del monitoreo del estado nutricional de los infantes sino del establecimiento de programas de educación nutricional, del abastecimiento de alimentos o suministro de micronutrientes, así como de apoyo a la agricultura, el abastecimiento de agua y sanidad, la protección social, en fin, una serie de

factores que convergen no sólo en la desnutrición sino en otros problemas sociales que nos hablan de la calidad de vida de los conjuntos poblacionales, donde la desnutrición no es sino una de las tantas expresiones de la inequidad social.

Aunque México ha adquirido el compromiso de los ODM, podríamos preguntarnos si está generando los mecanismos para alcanzarlos ya que el diseño de programas para atender a la desnutrición requiere de todo un andamiaje político y normativo que facilite su ejecución por medio de acciones multisectoriales normativas coordinadas dada la multiplicidad de factores implicados y que requieren intervenciones que rebasan la nutrición y la alimentación. Sin embargo, lo que ha revelado una investigación llevada a cabo por Arana- Cedeño (2010) es que, al menos para el caso chiapaneco, existe una fragmentación de los programas oficiales en atención a la alimentación y la nutrición que deriva en falta de coordinación e integración, que el autor considera como constituyentes de una deficiencia del Estado frente a sus obligaciones.

El Banco Mundial es uno de los principales financiadores en el combate a la desnutrición al igual que el FMI, los países en vías de desarrollo adquieren deudas con éstos para costear programas y acciones, entre ellos podemos incluir a Oportunidades para el caso mexicano que describiremos en el próximo capítulo. De momento es importante apuntar que México, al igual que otros países, tiene programas para atender la nutrición infantil y sin embargo aún se mantienen altas tasas de desnutrición en algunos conjuntos sociales. Esto se debe en buena parte a que:

Los determinantes sociales de la salud no forman parte de los criterios en el diseño y aplicación de políticas públicas puestas en marcha por parte del gobierno. No se atiende, como parte de las acciones de combate a la pobreza, el problema de falta de acceso a fuentes de agua limpia y suficiente, ni al mejoramiento de las condiciones de saneamiento, con lo cual no se atacan eficazmente los ciclos de desnutrición e infección, en gran medida, responsables de la persistencia de la desnutrición en regiones con altos niveles de marginación+(Arana- Cedeño, 2010: 201).

Con esto entendemos que, pese a que el BM reconozca que el combate a la desnutrición es un asunto de primera importancia y que considere una serie de factores como generadores o coadyuvantes, su postura más bien es apolítica pues

finalmente deja a la responsabilidad de cada país la solución del problema, cuando la pobreza que lo está generando es un asunto global y no nacional, esto podremos dimensionarlo un poco más en el siguiente apartado. A continuación discutiré un poco el concepto de seguridad alimentaria y sus alcances debido a la crisis alimentaria mundial que ha puesto en estado de vulnerabilidad a dichos conjuntos; de esto se desprende que la discusión de las primeras fases del proceso alimentario (Contreras, 1993), la obtención y distribución, tienen pertinencia en la problematización de la desnutrición como problema estructural y global.

1.4.2 La (in) seguridad alimentaria, la FAO

Desde su creación en 1945, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) ha ganado una legitimidad que le ha permitido actuar globalmente y acordar con los gobiernos nacionales acciones específicas para el mejoramiento del sistema agrícola y alimentario mundial que González resume de la siguiente manera:

La FAO ha propiciado el desarrollo de mecanismos de gobernanza a nivel global en torno a la agricultura y la alimentación que han implicado la validación de ciertas formas de entender y actuar sobre esta materia, el establecimiento de acuerdos y formas de cooperación y coordinación de instituciones públicas y privadas nacionales e internacionales y el desarrollo y articulación de redes de relaciones . que abarcan a grupos y a organizaciones no gubernamentales con capacidad de actuar local y globalmente sobre la producción, distribución y consumo de alimentos-. La FAO, no obstante su lenguaje apolítico y técnico, adopta ciertas ideologías del desarrollo para definir, evaluar y justificar sus propuestas de política agroalimentaria mundial. Esta selección se realiza, por una parte, en un determinado contexto político global en el que entran en juego múltiples intereses públicos y privados y en los que los recursos económicos y las posibilidades de acción que permiten a los gobiernos se encuentren marcadamente diferenciados a nivel global; por ello, no son sólo los criterios científicos y racionales los que dan sustento a la propuestas de la FAO. Por otra parte, la adopción de una determinada ideología se realiza en una arena de lucha, en la que otros grupos y organizaciones disputan la hegemonía de la ideología dominante en la FAO, al tiempo que le critican dar poca importancia al combate a las causas históricas y estructurales del hambre y de la pobreza en el mundo y le demandan una postura más frontal frente a las empresas transnacionales y las instituciones financieras y de comercio internacional, las cuales tienen gran injerencia y responsabilidad en la situación que guarda la SA⁹ global+(González, 2007: 19).

⁹ SA: Soberanía alimentaria.

Como puede apreciarse, a pesar que la FAO pretende servir como organismo regulador en la definición de las políticas agrícolas y alimentarias en el mundo para prevenir las crisis alimentarias y con ello el hambre que ha abatido a varias naciones a lo largo de la historia, en verdad su carácter apolítico enmascara diversos intereses económicos y geopolíticos de los países o bloques de ellos. El concepto mismo de Seguridad Alimentaria (SA) ha sufrido cambios a lo largo del tiempo. En los 70s fue utilizado para garantizar el abasto de alimentos en la población mundial que se creía que incrementaría más que la producción agrícola. En los 80s la problemática se centró en la accesibilidad a los alimentos, pues a pesar que la producción de alimentos en el mundo iba a la alza no se garantizaba su abastecimiento debido a que sus costos son regulados por un mercado internacional. Entre los años 80y 90s se reconoció que los problemas de salud de la población guardaban estrecha relación con la insuficiente e inadecuada nutrición; sin embargo, se ha dejado a la responsabilidad de cada país la solución del hambre, evadiendo de esta manera la crítica a la creciente influencia de las corporaciones agroalimentarias multinacionales sobre la agricultura y alimentación en el planeta (González, 2007).

Con todo esto bien puede sostenerse que los objetivos que persigue la FAO quedan en la retórica y que el problema del hambre en el mundo no se deriva de la escasez de alimentos como se pensaba, sino de la manera como están distribuidos. Ya veíamos que en el modelo de Contreras (1993) la obtención de alimentos era la fase más económica y la distribución era la fase más política del proceso alimentario y esto está en correspondencia con la discusión de la soberanía alimentaria.

Aunque el derecho a la alimentación (DA) es un derecho humano que tiene su fundamento en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de 1948, se incluyó de manera explícita en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PDESC) también propuesto por la ONU, en 1966 y fue ratificado y firmado por los gobiernos miembros en 1976. El reconocimiento del DA ha sido el sustento a partir

del cual los gobiernos en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación en Roma realizada por la FAO en 1966, y en la Declaración del Milenio, se comprometieron a reducir la pobreza y el hambre. Esto influyó directamente para que cada país asumiera su responsabilidad en la desnutrición crónica y su obligación de respetar, proteger y proveer los medios para garantizar el DA de su alimentación (González, 2007). Sin embargo, que los países ratifiquen el PDESC no significa que la situación del hambre y la desnutrición en ellos cambiarán automáticamente pues hace falta generar los mecanismos normativos que le den cauce y se traduzcan en financiación para programas y acciones concretas, esto en lo que atañe a la responsabilidad de cada país. Por otro lado, en lo que corresponde a la comunidad internacional, a pesar que el objetivo principal de la FAO era prevenir la crisis alimentaria ésta finalmente comenzó en abril de 2008.

La crisis alimentaria es el resultado de un rápido incremento en el precio de los alimentos en los mercados internacionales. Las materias primas agrícolas son tradicionalmente volátiles, pero los últimos años han visto una oleada excepcional de precios (Blaylock, 2008: 7). La gente que vive en situación de pobreza regularmente gasta del 60 al 80% de sus ingresos en alimentos y por ello son quienes resienten más las crisis puesto que lo limitado de su ingreso no les deja margen para absorber los drásticos incrementos en los precios. En este sentido la crisis alimentaria agudiza la pobreza en el mundo y genera que el hambre en el mundo repunte. Entre las causas de la crisis alimentaria Blaylock (2008) incluye a:

- La contaminación del agua que repercute la insuficiencia de las cosechas.
- Los precios del petróleo que incrementan el costo del uso de maquinaria, de la elaboración de fertilizantes inorgánicos y pesticidas, así como del transporte de los alimentos.
- El incremento en el uso de agrocombustibles como una acción frente al cambio climático ha generado que se cambie el uso de los suelos para producir combustible en lugar de comida, como en el caso del etanol que se obtiene del maíz.

- La especulación en las materias primas.
- El incremento en el consumo de comida debido al incremento en el promedio de consumo de comida en los países ricos y no al aumento poblacional. Comemos más de lo que es nutricionalmente necesario.
- El cambio climático que ha generado cambios abruptos en el estado del tiempo como sequías, inundaciones, heladas y huracanes que dañan seriamente las cosechas.
- El descuido de los apoyos a la agricultura debido a que se ha preferido cubrir las necesidades alimenticias a través del mercado internacional, lo cual ha afectado principalmente a aquellos países que no alcanzan la autosuficiencia en alimentos.

Como puede apreciarse, la crisis alimentaria es más un asunto político- económico que agrícola y vulnera aún más a las personas que de por sí se encuentran en desventaja, sean pequeños conjuntos poblacionales o naciones enteras que padecen hambre crónica, es decir, que utilizan más calorías de las que consumen:

The food crisis did not bring about this situation, it only made it worse, but it did draw attention to the reality of hunger in our world. Those of us who have enough to eat may know in abstract about hunger in our world, although we more often think of the acute hunger of war or natural disaster. However we rarely face up to the nature and extent of hunger and how entrenched it is in our society. Nor do we really deal with the possibility that some of the unjust systems and structures in the world may mean our sufficiency may depend upon others hunger+(Blaylock, 2008: 7).

En este sentido valdría la pena preguntarse, no si el sistema económico que nos rige funciona sino para quién funciona pues indiscutiblemente sólo la agricultura industrial a gran escala que utiliza alta tecnología puede responder rápidamente a los cambios en los precios, imposibilitando la capacidad de respuesta de los campesinos que usan la agricultura de temporal y autoconsumo, que en buena parte de los casos se corresponden con los que presentan las prevalencias más altas de desnutrición en el mundo, y así sucede en México.

Muchos gobiernos abrieron sus mercados porque creyeron que tenían que darle la bienvenida a la globalización para mejorar la actuación económica de sus países por medio de la disminución de los impuestos a los productos agrícolas

importados para facilitar la entrada de alimentos a sus países. Esto lo hicieron en respuesta a las sugerencias de las instituciones financieras internacionales. Pero la liberación comercial sólo ha traído desventajas a los campesinos que no pueden competir con los bajos precios de los alimentos importados subsidiados. La maravilla que representaban los bajos precios de los alimentos importados se ha desvanecido para dar paso a su encarecimiento constante una vez que varios países son casi dependientes de los mismos y han descuidado su propia producción (Saragih, 2008: 17).

Es por ello que diversas organizaciones en el mundo están promoviendo la soberanía alimentaria como un recurso que podría ayudar a aliviar el hambre sin desproteger a los campesinos. Entre las propuestas para resolver la crisis alimentaria está seguir el modo de los campesinos (Peasants way), entre otras sobre las cuales no abundaremos ya que el objetivo de este apartado era analizar las causas de la crisis alimentaria a la luz de la vulnerabilidad que genera en las personas y que repercutirá indiscutiblemente en mayor empobrecimiento y en el deterioro de su estado nutricional.

Los elementos que se han analizado en cada uno de los apartados nos llevan a que la desnutrición es un problema que refleja las condiciones de desigualdad e inequidad en la cual viven varios conjuntos sociales en el mundo. Es un problema estructural pues depende de las estrategias que cada país genere para atenderlo pero también es un problema global sobre todo cuando nos situamos en la dimensión de la crisis alimentaria y la agudización de la pobreza. Aunque el BM destine recursos para la erradicación de estos problemas, y la FAO tenga como cometido garantizar la seguridad alimentaria, sus posturas apolíticas, orientadas por una ideología de desarrollo, evaden los intereses económicos y geopolíticos de las grandes transnacionales que tienen gran influencia en las decisiones de los países en materia de economía y política global (como sería la regulación de los precios en los alimentos y otras materias primas), lo que trae como consecuencia el descuido o desprotección de las clases más vulnerables desde siempre.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

La alimentación se nos ha revelado como un proceso social muy complejo sensible a las condiciones socioeconómicas de una región pues está en total correspondencia con las condiciones materiales de existencia que incluye al abastecimiento y distribución de alimentos. En este sentido me parece importante analizar el proceso alimentario como un eje de análisis en el problema de la desnutrición que en nuestro contexto mexicano, y particularmente en la población indígena, es de tipo proteico- calórica resultado de la subalimentación y que como hemos evidenciado tiene repercusiones en el crecimiento y desarrollo de los niños.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

CAPITULO II: EL PROCESO SALUD/ ENFERMEDAD/ ATENCIÓN EN CONTEXTO INTERCULTURAL. LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN OCOTEPEC, CHIAPAS

Teqanima wiruba jurü ji dü mabemü
El alma retorna al grito del silencio
Mikeas Sánchez

Este capítulo contiene cinco apartados. En el primero se presentan las características generales del municipio y de la cabecera municipal de Ocoatepec, Chiapas, nos referimos a su ubicación geográfica, las características étnicas y de ocupación de la población, la infraestructura con que cuenta, entre otros. En el segundo apartado se presenta una revisión histórica muy sintética del municipio y de los trabajos de corte antropológico que ahí se han realizado. El tercer apartado tiene dos partes, la primera analiza el panorama epidemiológico del municipio en correspondencia con el estatal y el nacional desde la perspectiva biomédica; la segunda presenta el panorama epidemiológico sociocultural que parte de la perspectiva *emic*, donde se hace referencia a las formas locales de enfermar de los niños ocoatepecanos, los que podríamos denominar como síndromes culturalmente delimitados. El cuarto apartado presenta las características, principalmente operativas, de los programas que atienden la desnutrición infantil en Ocoatepec. Por el lado gubernamental está Oportunidades y por el lado de las ONGs se encuentran Un Kilo de Ayuda y Visión Mundial. El quinto y último apartado explica la estrategia metodológica utilizada para la realización de este trabajo y el proceso de construcción del problema de estudio.

2.1 Ocoatepec, Chiapas, generalidades

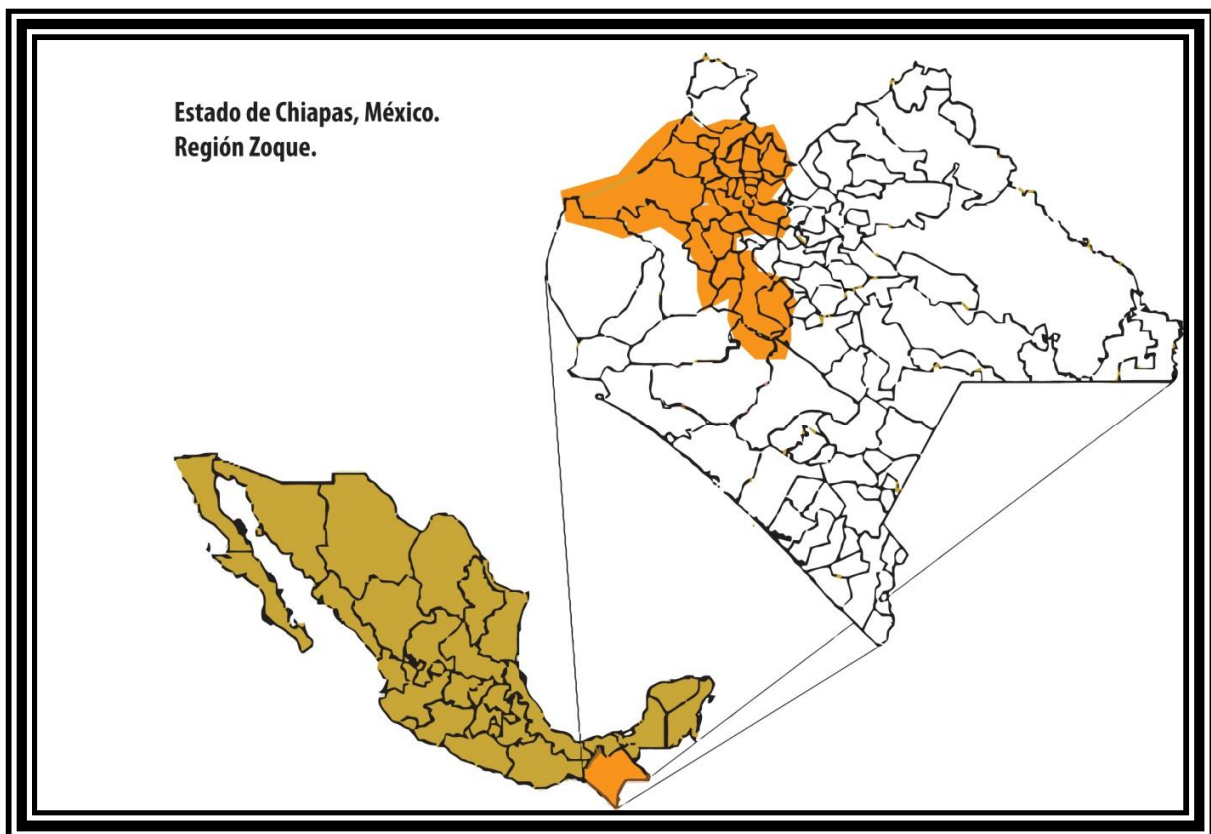
En el estado de Chiapas se localizan varios de los municipios con mayor pobreza de patrimonio en México,¹⁰ uno de ellos es Ocoatepec, localizado en las Sierras o

¹⁰ 2007 *Los Mapas de la Pobreza en México*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), México.

Montañas del Norte, y cuya población, partiendo del criterio lingüístico, pertenece al grupo indígena zoque.

De acuerdo con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI, 2011), el actual territorio de los zoques en el estado de Chiapas se ubica en la región centro-occidente del mismo y comprende tres zonas geográficas: en la parte denominada como Vertiente del Golfo de México se incluyen los municipios de Amatlán, Chapultenango, Francisco León, Ixhuatán, Ixtacomitán, Ostucán, Solosuchiapa y Tapilula; en lo que se conoce como la Depresión Central se incluye a los municipios de Copainalá, Chicoasén, Ocozocoautla y Tecpatán; y en la parte que comprende la Sierra Madre de Chiapas se ubican Coapilla, Ocotepec, Pantepec, Rayón y Tapalapa (ver mapa 1).

Mapa 1: Actual territorio de los zoques en el estado de Chiapas.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2011).

Ocotepec se encuentra ubicado entre los paralelos 17°10' y 17°17' de latitud norte; los meridianos 93°07' y 93°14' de longitud oeste; su altitud es de 1450 msnm y su clima es cálido húmedo con lluvias todo el año. Colinda al norte con los municipios de Francisco León, Chapultenango y Tapalapa; al este con el municipio de Tapalapa; al sur con los municipios de Coapilla y Copainalá; al oeste con los municipios de Copainalá y Francisco León. Ocupa el 0.09% de la superficie del estado. Cuenta con 38 localidades y una población total de 11 878 habitantes, casi la mitad de los cuales se concentran en la cabecera del municipio¹¹.

Mapa 2. Ubicación geográfica de Ocotepec, Chiapas.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos, Ocotepec, Chiapas, INEGI (2011).

¹¹ 2011 México en cifras, Ocotepec, Chiapas, INEGI, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?ent=07>, fecha de consulta: 22 de Febrero de 2011.

De acuerdo a los datos del INEGI (2005), el 77% de la población es bilingüe, la mayoría (82%) se dedica a actividades del sector primario (agropecuario) y casi el 59% de la población vive con un salario mínimo al día.

Anteriormente formaba parte de la región I Centro, pero desde enero de 2011 se le ha incluido en la región económica III denominada Mezcalapa¹² donde convergen otros municipios considerados dentro de la región zoque. Cabría señalar que Ocoatepec es uno de los municipios con mayor índice de pobreza de dicha región, lo cual es hasta cierto punto comprensible si pensamos en que se encuentra enclavado en las sierras que durante mucho tiempo dificultaron el acceso, la única carretera que conduce al municipio más próximo en dirección a la capital del estado fue terminada en el sexenio anterior, lo cual nos habla del abandono en el cual se encontraba. Por las mismas características orográficas, su altitud y tipos de ecosistemas que lo componen, Ocoatepec tiene un suelo no apto para el uso agrícola y pecuario;¹³ no obstante, la mayor parte de la población se dedica a estas actividades aunque en su mayor parte lo hacen con fines de autoconsumo. Poco más de la mitad de la superficie agrícola se destina al cultivo de maíz, un 13% al cultivo de frijol y poco más del 30% a cultivos nacionales. La producción pecuaria se lleva a cabo en menor escala.

Ocoatepec, a diferencia de otros municipios de la región, no cuenta con mercado ni con un día especial para que se lleven a cabo vendimias. Son pocas las personas que venden sus productos en las calles de la cabecera, regularmente los ocoatepecanos ya saben a quién acudir cuando tienen ~~un~~ antojo+ o necesidad de algún alimento en particular y de acuerdo a la temporada; además que sólo una pequeña parte de su producción se destina a la venta. Hay comerciantes que visitan Ocoatepec en los días de pago de Oportunidades pero esto se realiza cada dos meses; regularmente los ocoatepecanos hacen sus compras en alguna de las

¹² Instituto de Comunicación Social del Estado de Chiapas, Boletín 3718, disponible en: <http://www.cocoso.chiapas.gob.mx/documento.php?id=20110106025404>, Última consulta: 05 de Mayo de 2011.

¹³ INEGI, Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos Ocoatepec, Chiapas, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/07/07060.pdf>, Última consulta: 04 de mayo de 2011.

muchas tiendas que hay en la localidad, las cuales ofrecen tanto abarrotes como frutas, verduras y otros productos. En la cabecera municipal hay varias panaderías pero pocas carnicerías, de hecho sólo se mata una res un par de veces por semana, lo que puede encontrarse todos los días es carne de pollo. De igual forma, hay pocos restaurantes (2) y cenaderías (3), y estos regularmente se sostienen de personas que visitan el municipio por razones laborales.

El acceso al municipio puede llevarse a cabo por la carretera estatal que conduce directamente a la cabecera. Un transporte colectivo (combi) sale todos los días a las 6 am de la cabecera con dirección a Tuxtla Gutiérrez, y a las 2: 30 pm retoma su camino a Ocoatepec, a donde llega alrededor de las 6 pm. Con esto podemos ver que, pese a que el municipio se encuentra relativamente cerca de la capital (a poco más de 100 km), todavía se invierte bastante tiempo para trasladarse a ella. Una forma alterna de transportarse es tomar una camioneta tipo pick up cubierta con lonas que termina su recorrido en Copainalá, de donde pueden tomarse transportes a la capital del estado constantemente pues hay taxis, autobuses y combis. El viaje redondo Tuxtla Gutiérrez- Ocoatepec tiene un costo aproximado de \$140.00 que resulta elevado para la mayor parte de los ocoatepecanos, esto es uno de los factores que les impide recurrir a la capital del estado en busca de atención médica, sobre todo cuando se trata de pacientes en estado crítico que requieren traslados especiales o viajes particulares, cuyo costo se eleva hasta los \$1000.00. El gobierno estatal actual ha dispuesto una ambulancia en la cabecera municipal para traslados de emergencia, pero no dispuso presupuesto para combustible y el ayuntamiento tampoco lo facilita; en consecuencia, este vehículo sólo es utilizado cuando la familia del enfermo que la requiere puede costear el combustible y el pago del chofer.

En cuanto a la infraestructura, la cabecera municipal de Ocoatepec cuenta con dos escuelas primarias, una estatal y otra federal; además cuenta con varias escuelas denominadas por los ocoatepecanos como %particulares+ que no son sino escuelas rurales con infraestructura de menor calidad, a veces incluso las clases se llevan a cabo en alguna casa, donde los profesores son en verdad becarios de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y en consecuencia reciben un salario por

mucho inferior al de un profesor de la SEP. Las ventajas de las escuelas particulares son varias: a los niños no se les exige llevar uniforme, reciben útiles escolares gratuitos y no se pagan inscripciones como en las escuelas estatales y federales, es por ello que este tipo de sistema educativo abunda en varias localidades del municipio. Así mismo, la cabecera cuenta con un instituto educativo de las Madres Salesianas que se sostiene de donativos y que además sirve como internado y apoya con desayunos a varios de sus alumnos. En la cabecera hay dos secundarias, una matutina y otra vespertina y un plantel del Colegio de Bachilleres de Chiapas (COBACH), organismo estatal descentralizado que proporciona educación media superior, a unos cuantos kilómetros de la misma.

Ocotepec cuenta con una Unidad Médica Rural de IMSS Oportunidades (UMR) con médico y enfermera de lunes a viernes en horario de 8 am a 6 pm; los fines de semana únicamente cuenta con enfermera. Recientemente ha llegado una médica para prestar atención los fines de semana aunque su presencia es sólo parte de un proyecto que se evaluará posteriormente para decidir si se mantiene o no. La mayor parte de la población, al menos en la cabecera, es atendida por IMSS-Oportunidades.

En la cabecera también se encuentra la presidencia municipal, la autoridad máxima es el Presidente Municipal pero las decisiones se toman en cabildo; hay una oficina del DIF que hace años ofrecía terapia física y de rehabilitación para personas con problemas psicomotrices pero recientemente ya no brinda este servicio.

Ocotepec contrasta con otros municipios de la región zoque porque la presencia de la religión adventista y protestante es poco significativa en comparación con la católica que tiene seis iglesias tan sólo en la cabecera: la principal es San Marcos Evangelista (Santo Patrón del Pueblo), San Juan, San Martín, Asunción, San Sebastián y Esquipulas. Durante el trabajo de campo algunos ocotepecanos refirieron con orgullo que no han permitido que otras religiones ingresen en la localidad, pero esto tampoco parece haber generado conflictos internos de mayor relevancia como en otras partes del estado.

Actualmente la mayor parte de las viviendas cuentan con agua potable y energía eléctrica; el drenaje está extendiéndose poco a poco y la mayor parte de la población también cuenta con piso de concreto en sus viviendas, al menos en sus habitaciones principales, no así en las cocinas, gracias al programa federal Piso Firme. Aunque la mancha urbana que representa la cabecera está pavimentada, la localidad sigue creciendo y las casas que se encuentran fuera del margen no cuentan con pavimento ni con drenaje por lo mismo. La mayor parte de la población utiliza la leña como combustible para cocinar sus alimentos, además que sirve para calentarse durante el invierno y temporada de lluvias que hacen el clima más húmedo y frío. El corte de leña es una de las actividades que demanda más tiempo a mujeres y hombres en la localidad, además que representa un gasto importante pues una familia promedio (6 integrantes) invierte alrededor de \$350.00 por tres tareas de leña que le rinden un mes aproximadamente, el rendimiento puede ser mayor o menor dependiendo del clima, por la función de calefactores de los fogones.

En lo que respecta a la tasa de crecimiento poblacional, Ocoatepec presenta uno de los promedios más altos de hijos nacidos vivos en el estado (7.9 municipal contra 6.2 estatal) y de las tasas de fecundidad más altas también (6.8 municipal contra 3.5 estatal) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2005).

2.2 Ocoatepec, Chiapas, una revisión histórica breve

A la provincia de los zoques convergen varios estados del sur de la república mexicana; comprende el extremo noroccidental de Chiapas y zonas aledañas de los pueblos de Oaxaca y Tabasco. Desde tiempos prehispánicos los zoques no constituían un grupo unificado sino que estaba dividido por pequeños cacicazgos. Desde la época de la conquista ya era posible detectar la existencia de tres regiones culturales bien definidas.

La primera estaba constituida por los pueblos de la vertiente del Golfo de México, asentados en las cálidas planicies que colindan con el actual Estado de Tabasco; la segunda estaba representada por los grupos ubicados sobre el lomo de la Sierra de Pantepec con alturas que ya conocemos y bastante frío; finalmente, la tercera correspondía a la vertiente opuesta que se inclina hacia la llamada Depresión Central

Chiapaneca, con alturas que fluctúan entre 500 y 700 metros y clima también caluroso+ (Villa, 1995: 470).

De estas tres zonas, la región serrana se encontraba en extremo aislamiento y pobreza desde la época de la Conquista debido a que sus suelos eran quebrados y pedregosos sin ríos navegables ni rutas importantes de tráfico comercial que dificultaban su acceso. Las características del terreno limitaban el ciclo agrícola, en las zonas cálidas eran posibles dos cosechas al año, mientras que en las frías sólo una; además que dicho ciclo se veía más afectado por las inundaciones y las plagas; además, los zoques, sufrieron por el rigor con que eran tratados por parte de los hacendados, quienes les exigían tributos tan altos que lo que les quedaba para comer era insuficiente. Con el paso del tiempo la situación cambió poco, pues hasta la Revolución, hablando del reparto agrario, éste llegó mucho después a esta zona (Villa, 1995). De La Peña (1952, en: Villa, 1995: 511) califica a Ocoatepec a mediados del siglo XX *como un pueblo indígena de comerciantes ambulantes, de agricultura pobre*. Durante el trabajo de campo encontré justamente que desde hace décadas una parte importante de los ocotepecanos se han dedicado al comercio; adultos mayores y jóvenes me relataron acerca de sus experiencias en otros municipios de Chiapas y de otros estados del país a donde llegan a vender productos de diversa índole.

Existe poco material etnográfico que apunte específicamente al proceso s/e/a en Ocoatepec, podemos mencionar el trabajo de Taylor (1962) sobre prácticas curativas, *Medical customs of the zoque* que ha sido referido por Villa (1995) pero no tuvimos acceso a él. Sobre la región zoque tenemos al de Thomas (1974), *Envidia, brujería y organización ceremonial: Un Pueblo Zoque*, realizado en Rayón.¹⁴

Del trabajo de Thomas (1974) pueden extraerse datos acerca de la situación agrícola, de la organización de la familia, las creencias religiosas, así como de los rituales y técnicas empleadas en el parto y de la atención al puerperio en Rayón.

¹⁴ Municipio aledaño a Ocoatepec aunque no tienen colindancia. Se localiza al norte del estado de Chiapas y también cuenta con población zoque.

En esa época se apreciaba una marcada tendencia a la endogamia local y el matrimonio entre primos paralelos y cruzados no era mal visto. En cuanto al proceso s/e/a refiere lo siguiente:

El parto se realiza en posición de sentada o de rodillas. El cordón umbilical es enterrado bajo el piso de la casa, cerca del fogón. Los cuidados del *post-partum* de la madre, incluyen baños en el temascal, y abstinencia de alimentos clasificados como *malos* según un esquema de comidas frías. No hay ritos asociados con la pubertad. Los varones adolescentes no son segregados de sus parientas, ni las mujeres durante la menstruación. Las relaciones sexuales premaritales están verbalmente prohibidas, sobre todo por parte de los padres de las niñas, pero las sanciones negativas son débiles, incluso cuando se produce la preñez; en realidad, dichas relaciones no son infrecuentes. Muchas niñas comienzan sus relaciones sexuales antes de la pubertad, que sobreviene alrededor de los catorce años de edad. Las viudas son consideradas sexualmente promiscuas. Se cree que las relaciones sexuales con una persona de edad son causa de vejez, que puede contrarrestarse por medio de relaciones con personas más jóvenes (Thomas, 1974: 55).

Aunque el trabajo de Thomas aborda la brujería y el ritual sus aportaciones se centran en la explicación de la estructura de la organización ceremonial y las repercusiones que sobre ella tienen la envidia y la brujería y no sobre el proceso s/e/a. Así mismo, aunque Thomas hace referencia al consumo excesivo de bebidas alcohólicas y otro tipo de conductas que podríamos catalogar dentro del proceso s/e/a, no las problematiza por sus repercusiones en la salud de los zoques sino que se limita a explicar sus connotaciones religiosas y culturales.

Recientemente también están los trabajos de Laureano Reyes *Antropología de un volcán. Migración y nutrición de comunidades zoques, a diez años de la erupción del Chichonal* (1995) y *Envejecer en Chiapas, Etnogerontología zoque*, (2002), de los cuales se han desprendido una serie de artículos que nos hablan acerca de las repercusiones que la dinámica económica de una localidad tiene en el estado de salud de los zoques, así como elementos de la cosmovisión zoque sobre el cuerpo, la enfermedad y la curación, algunos de los cuales hemos retomado brevemente en el capítulo anterior.

De las localidades zoques abundan más las etnografías que retoman temas relativos a los conflictos religiosos por ejemplo *Los refugios de lo sagrado, Religiosidad, conflicto y resistencia entre los zoques de Chiapas* (1992) de Dolores Aramoni; sobre identidad y conflictos interétnicos como *Sacrificio y Castigo entre*

los *zoques de Chiapas*. Cargos, *Intercambios y Enredos Étnicos en Tapilula* (2004) de Miguel Lisbona; acerca de los cambios socioedemográficos está el de Susana Villasana, *Sociodemografía de la familia, Estudio de la adscripción religiosa de las familias zoques de Tapalapa, Chiapas, 1985- 1997* (2002); y sobre lingüística, *El verbo zoque de Francisco León, Chiapas. Raíces mínimas y tipología* (1990) de Frida Villavicencio, entre otros.

2.3 Epidemiología sociocultural de la población infantil

Nuestra perspectiva socio- antropológica de la epidemiología considera tanto los datos duros que resultan de la vigilancia epidemiológica que lleva a cabo el sector salud en la localidad y que es representado por la UMR, el cual se basa en los principios de la biomedicina, como los datos cualitativos que explican las maneras como los ocotepecanos entienden y atienden los padecimientos infantiles y que denominamos como sus *formas locales de enfermar*. Establecemos una diferencia entre el control que lleva a cabo la UMR y las formas locales de enfermar porque las segundas contienen padecimientos reconocidos y no reconocidos por la biomedicina, lo cual ha derivado en una fragmentación de la atención que se analizará en el capítulo tres, aunque ambas son motivos de preocupación y generan movilización de las familias en la búsqueda de atención sea con recursos biomédicos o de la medicina popular.

2.3.1 La perspectiva *etic*, lo que dice la mirada biomédica

De acuerdo al médico encargado de la Unidad Médica Rural de IMSS Oportunidades (UMR) de la localidad de estudio, tenemos que las principales causas de morbi- mortalidad para el municipio son las enfermedades diarreicas agudas (en adelante EDAS) y las infecciones respiratorias agudas (en adelante IRAS) (Entrevista 30 de Septiembre de 2010). No se encontraron estadísticas al respecto, pero al consultar las hojas de control del SUIVE (Sistema Único de Información y Vigilancia Epidemiológica) de la UMR encontramos que las principales enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica en Ocoatepec son justamente las EDAS, las IRAS, más la amibiasis, la fiebre por dengue, la

tuberculosis y la desnutrición (ver Tabla 1).

Tabla 1. Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, casos registrados en el año 2010 hasta la semana 46.

Enfermedad	Casos presentados en el año 2010 (en 44 semanas)	Promedio (por semana)
IRAS- adultos	200	4.5
IRAS- menores de 5 años	135	3.06
EDAS- general	9	0.20
EDAS- menores de 5 años	14	0.31
AMIBIASIS	12	0.27

Fuente: Elaboración propia a partir de las Hojas de registro del SUIVE, Unidad Médica Rural de IMSS- Oportunidades, Ocoatepec, Chiapas, Diario de campo, Febrero de 2011.

Como se aprecia, las IRAS son motivo de atención frecuente en población adulta e infantil y llama la atención que se registren pocos casos de EDAS cuando el médico encargado de la UMR ha referido que constituye parte importante de la morbi- mortalidad de la localidad. En las hojas de control del SUIVE no se registraron casos de tuberculosis ni de desnutrición, por ello no se anotan en los cuadros aunque en las actas de defunción hemos encontrado que algunas muertes han sido atribuidas a ambas enfermedades. El control de los niños con desnutrición se lleva por aparte; esta enfermedad aún constituye un problema de salud para la localidad puesto que de un promedio de 600 niños menores de cinco años que tiene captados la UMR, 164 (27% aproximadamente) se encuentran sujetos a control nutricional mensual (ver Tabla 2).

La población infantil femenina es la más afectada por la desnutrición en sus grados leve y moderado. De igual forma, se encontró que 13 niños estaban en proceso de recuperación, que no se da por hecho dado que muchos niños que sufren desnutrición leve oscilan su peso entre el estado normal y la desnutrición leve; sin embargo, es importante señalar que estos niños %recuperados+ o con mejor estado nutricional son hombres.

Tabla 2: Prevalencia de desnutrición infantil en la cabecera municipal de Ocoatepec, Chiapas hasta el mes de Diciembre de 2010

Sexo	Hombre	Mujer	Total
DN leve	36	71	107
DN moderada	18	23	41
DN severa	1	1 ¹⁵	2
Niños recuperados ¹⁶	13	0	14
No especificado ¹⁷	1	0	1
Total	69	95	164

Fuente: Elaboración propia a partir de las Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional, Unidad Médica Rural IMSS- Oportunidades, Ocoatepec, Chiapas, Diario de campo, Enero de 2011.

En cuanto al panorama de la mortalidad en Ocoatepec, éste contrasta con el nacional y en varios puntos también con el estatal. A continuación procuramos explicitar de dónde fue obtenida la información referida a la mortalidad así como las inconsistencias y/o problemas en el registro derivado de las personas que elaboran las actas de defunción en el municipio. Cabe hacer la aclaración que la comparación del panorama de la mortalidad en Ocoatepec con el estatal y el nacional tiene fines meramente didácticos puesto que no corresponden con exactitud al mismo periodo de tiempo y sobre todo la información que se ha obtenido de las actas de defunción parece poco fiable. En el caso de la mortalidad del municipio, ésta ha sido elaborada por la autora a partir de la consulta directa de las actas de defunción de los últimos cinco años (2006- 2010) que proporcionó el secretario del Registro Civil del municipio (quien no maneja estadísticas al respecto), ante la negativa del médico de la UMR para facilitar esta información. Las principales causas de mortalidad a nivel estatal y nacional han sido tomadas del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) en el reporte del año 2008 y comprenden el periodo de 2000 a 2007. En este sentido, la mortalidad

¹⁵ La niña diagnosticada con DN severa ha dejado de asistir a control nutricional desde hace varios meses, sin embargo, dado que el grado de desnutrición severa lo mantuvo inestable durante varios meses, se le siguió considerando en la contabilidad.

¹⁶ Los niños recuperados son aquellos que han padecido desnutrición anteriormente pero que en las últimas consultas han mostrado una recuperación importante en su peso que los ubica dentro del estado nutricional SANO o normal.

¹⁷ Se trata de un niño que no asiste con regularidad a su control nutricional, o bien, ha dejado de asistir y por ello no se pudo determinar su estado nutricional así que no se le tomó en cuenta.

municipal sólo coincide con la estatal y la nacional en los años 2006 y 2007; sin embargo, consideramos que para los fines que persigue este trabajo es plausible hacerlo a manera de ejercicio.

Es importante señalar que, debido a que la mayoría de las actas de defunción no son expedidas por el médico encargado de la UMR de Ocotepéc, las causas de muerte son determinadas a partir de los criterios que utilice la autoridad que la expide y que en su mayor parte obedecen a su experiencia. Es por ello que encontramos causas de muerte poco precisas como fiebre, calentura, vómito, diarrea, muerte violenta, entre otras que por sí mismas no bastan para determinar la causa de muerte. Es por ello que todas aquellas en las cuales aparecía la palabra diarrea, deshidratación, fiebre intestinal, acompañada o no de vómito y/o fiebre, fueron englobadas dentro de las muertes causadas por EDAS. Así mismo, aquellas actas en las que aparecía fiebre, tos, tos seca, tos pulmonar, gripa, tuberculosis, bronquitis, pulmonía, bronconeumonía, asma, neumonía acompañadas o no de insuficiencia respiratoria fueron englobadas dentro de las muertes provocadas por IRAS, ya que el médico de la UMR no las elaboró y en consecuencia no puede confiarse estrictamente de los diagnósticos sobre todo porque la neumonía, la influenza y la tuberculosis están sujetas a vigilancia epidemiológica y por tanto no podemos asegurar sus prevalencias sin la plena seguridad del diagnóstico. Sin embargo, en la mayoría de ellas se encontró algún signo que sugiere que pudo haber un cuadro infeccioso que afectó el sistema respiratorio del finado.

Otro dato que vale la pena aclarar se refiere a la causa de muerte por senectud/ senilidad que aparece con frecuencia en las actas de defunción de los años 2006 y 2007, no así en los años 2008 al 2010, en éstos últimos se aprecia más falla orgánica múltiple para las muertes sin otro diagnóstico en personas mayores de 65 años, por lo cual hemos considerado que incluirlas dentro de la misma categoría. De igual forma la muerte violenta aparece como causa de muerte importante en el año 2010 pero en años previos no se le aprecia. Finalmente, esta misma dificultad para precisar las causas de muerte nos llevó a considerar a las

muerres provocadas por paro cardiaco, falla cardiaca, insuficiencia cardiaca, paro cardiorespiratorio, cardiopatía congénita, entre otras, dentro de la categoría de afecciones cardiacas, siempre y cuando no estuvieran acompañadas de otro diagnóstico que pudiera explicar la muerte como neumonía, tuberculosis, etc.

Respecto a la mortalidad a nivel nacional, entre las principales causas de muerte en la población general adulta figuran la diabetes mellitus, enfermedades del corazón y del hígado; el panorama estatal no es muy diferente pues encontramos en los primeros lugares a los tumores, las enfermedades del corazón, la diabetes y los accidentes. En Ocoatepec son las ERAS e IRAS las que aún constituyen causas de mortalidad general de suma importancia pues ambas abarcan del casi 40% de las defunciones en los últimos cinco años (ver Tabla 3).

Tabla 3: Comparativo de las principales causas de muerte en población general, panorama municipal¹⁸ (2006- 2010), estatal (2000- 2007) y nacional (2000- 2007)

Orden	Municipal Descripción	Defunciones	%	Estatad Descripción	Defunciones	%	Nacional Descripción	Defunciones	%
1	Enfermedades Diarreicas Agudas	64	19.93	Tumores malignos	2538	12.1	Diabetes mellitus	75572	14.0
2	Infecciones Respiratorias Agudas	63	19.22	Enfermedades del corazón	2278	11.6	Enfermedades isquémicas del corazón	59579	11.1
3	Senectud, Falla orgánica múltiple	51	15.88	Diabetes mellitus	2005	10.3	Enfermedad cerebrovascular	30212	5.6
4	Afecciones del corazón	28	8.72	Accidentes	1793	9.2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	28422	5.3
5	Cáncer	19	5.91	Enfermedades del hígado	1331	6.8	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20565	3.8
6	Ahorcamiento	9	2.8	Enfermedades cerebrovasculares	910	4.7	Accidentes de vehículo de motor	16882	3.1
7	Nacimiento prematuro	5	1.55	Neumonía e influenza	633	3.2	Enfermedades hipertensivas	15694	2.9
8	Diabetes	4	1.24	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	602	3.1	Infecciones respiratorias agudas bajas	15096	2.8
9				Insuficiencia renal	506	2.5	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14767	2.7
10				Enfermedades infecciosas intestinales	497	2.2	Agresiones (homicidios)	13900	2.6

Fuente: Elaboración propia a partir de las Actas de defunción 2006- 2010 de la Oficialía del Registro Civil de Ocoatepec, Chiapas en Diario de campo, 08 de Diciembre de 2010; y *Principales causas de mortalidad general 2008* y *Principales causas de mortalidad por entidad federativa 2008*, Sistema Nacional de Información en Salud, México, 2011.

¹⁸ Fuente: Elaboración propia a partir de las Actas de defunción 2006- 2010 de la Oficialía del Registro Civil de Ocoatepec, Chiapas en Diario de campo, 08 de Diciembre de 2010. Los porcentajes han sido elaborados considerando 321 muertes totales acaecidas entre los años 2006 y 2010.

En el caso de la población preescolar (menor de cuatro años), a nivel nacional las causas principales de muerte son los accidentes y las malformaciones congénitas, lo cual se corresponde con el panorama estatal aunque las prevalencias varían significativamente en algunos padecimientos como las EDAS que a nivel nacional (8.0%) son menos representativas que a nivel estatal (18.9%); las IRAS también se elevan un poco más a nivel estatal (2.6% contra 2.1% nacional) (ver Tabla 4).

Tabla 4: Panorama de la mortalidad preescolar¹⁹ a nivel nacional y estatal (2000- 2007)

Orden	Descripción nacional	Defunciones	%	Descripción estatal	Defunciones	%
1	Accidentes	1337	23.3	Enfermedades infecciosas intestinales	79	18.9
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	753	13.1	Accidentes	43	10.3
3	Enfermedades infecciosas intestinales	460	8.0	Neumonía e influenza	41	9.8
4	Tumores malignos	395	6.9	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	30	7.2
5	Neumonía e influenza	362	6.3	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	29	7.0
6	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	235	4.1	Tumores malignos	20	4.8
7	Septicemia	155	2.7	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	11	2.6
8	Enfermedades del corazón	145	2.5	Enfermedades del hígado	10	2.4
9	Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos	121	2.1	Epilepsia	9	2.2
10	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	119	2.1	Enfermedades del corazón	9	2.2

Fuente: *Principales causas de mortalidad general 2008 y Principales causas de mortalidad por entidad federativa 2008*, Sistema Nacional de Información en Salud, México, 2011.

Respecto a la población infantil (menor de un año), el panorama nacional apunta a las afecciones del periodo perinatal y a las malformaciones congénitas como principales causas de mortalidad y algo similar ocurre a nivel estatal; sin embargo, cuando vemos las prevalencias de muerte por IRAS encontramos que su porcentaje es mayor a nivel estatal (2.9%) que nacional (2.2%); el caso de las EDAS es más agudo (5.9% a nivel estatal contra 2.5% nacional) (ver Tabla 5).

¹⁹ De acuerdo a los rangos de edad en las estadísticas del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) la mortalidad preescolar incluye a los niños de 1 a 4 años de edad.

Tabla 5: Panorama de la mortalidad infantil²⁰ a nivel estatal y nacional (2000- 2007)

Orden	Descripción nacional	Defunciones	Porcentaje	Descripción estatal	Defunciones	Porcentaje
1	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14768	50.0	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	602	48.4
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6439	21.8	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	198	15.8
3	Neumonía e influenza	1263	4.3	Enfermedades infecciosas intestinales	73	5.9
4	Accidentes	901	3.1	Neumonía e influenza	71	5.7
5	Enfermedades infecciosas intestinales	725	2.5	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	36	2.9
6	Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	647	2.2	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	34	2.7
7	Septicemia	538	1.8	Septicemia	26	2.1
8	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	461	1.6	Enfermedades del corazón	16	1.3
9	Enfermedades del corazón	323	1.1	Anemias	15	1.2
10	Enfermedades del esófago	163	0.6	Accidentes	11	0.9

Fuente: *Principales causas de mortalidad general 2008 y Principales causas de mortalidad por entidad federativa 2008*, Sistema Nacional de Información en Salud, México, 2011.

Es muy claro que en Chiapas las EDAS e IRAS constituyen causas de muerte más significativas que a nivel nacional, pero cuando vemos las causas de mortalidad en Ocoatepec el panorama es alarmante pues ahí los porcentajes de estas enfermedades no bajan del 30% en la población adulta (ver Tabla 6) y se disparan al doble en los niños (del 50 al 70%) (ver Tabla 7). Las IRAS y EDAS están en correspondencia con el nivel de vida de la población y de los sistemas médicos de atención pues son enfermedades curables. Las EDAS e IRAS son frecuentes debido al clima cálido húmedo con lluvias la mayor parte del año que caracteriza a Ocoatepec, pero también están en correspondencia con las condiciones de saneamiento y de higiene de la población.

²⁰ De acuerdo a los rangos de edad en las estadísticas del Sistema Nacional de Información en Salud la mortalidad infantil incluye a los niños menores de un año

Tabla 6: Principales causas de muerte en la población general (2006- 2010), Ocoatepec, Chiapas

Causa/ defunciones por año	2006	2007	2008	2009	2010	Totales
EDAS	13	19	14	6	12	64
IRAS	10	10	12	15	16	63
Senectud/ Falla orgánica múltiple	10	8	8	15	10	51
Problemas del corazón ²¹	3	5	14	4	2	28
Cáncer	5	4	3	6	1	19
Ahorcamiento	2	3	0	4	0	9
Muerte violenta	0	0	0	0	9	9
Nacimiento prematuro	0	2	2	0	1	5
Diabetes	0	0	0	2	2	4

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción 2006- 2010 de la Oficialía del Registro Civil de Ocoatepec, Chiapas, Diario de campo, 08 de Diciembre de 2010.

Los niños pequeños son más vulnerables que los adultos a las condiciones ambientales y sanitarias por lo cual creemos que toda iniciativa o acción en pro de la salud infantil debiera incidir en ellas; en este sentido, garantizar las condiciones mínimas para que los niños crezcan sanamente es, en buena parte, una responsabilidad del Estado. Cabría recalcar que, pese a que EDAS e IRAS son causas de muerte importante y que también han sido referidas por el médico encargado de la UMR como causas de morbilidad, sólo los casos de IRAS parecen haber sido registrados pues encontramos muchos en los registros del SUIVE del año 2010 (200), mientras que de EDAS sólo se anotaron 9 casos en población general y 14 en niños menores de cinco años; esto sugiere que puede haber un subregistro de las EDAS como incluso podría haberlo en las IRAS, o bien, también podríamos pensar, atendiendo a la evidencia etnográfica, que la población no busca ser atendida en esos casos en la UMR.

En el caso de la desnutrición, representa el 4.1% de las muertes a nivel nacional en la población preescolar pero en Chiapas es el 7.2%; en la población infantil (menor de un año) es menos significativo (1.6% nacional contra 2.7% estatal) que en la preescolar pero aún se le considera entre las diez principales causas de muerte. En Ocoatepec aparece con frecuencia en las actas de defunción de los

²¹ Incluye cardiopatías, fallas y paros cardíacos, tal cual se refieren en las actas de defunción.

niños pero no podemos saber si fue la causa directa de muerte, o bien, la que predispuso al niño frente a otras enfermedades, o si ésta resultó a causa de otras enfermedades; sobre todo porque la desnutrición es una de las tres causas de muerte que se anotan regularmente. A este respecto, el Dr. Martínez, encargado de la UMR, ha explicado que la desnutrición no es una causa de muerte directa en la población infantil en Ocotepéc; según él no se han presentado casos de Kwashiorkor o Marasmo, los cuadros más agudos de la desnutrición, que expliquen la muerte de algún niño; sino que en la mayoría de los casos es un factor que los predispone; los niños con desnutrición se enferman frecuentemente de gripe o diarrea+, y son las complicaciones de esas patologías las que los matan realmente.

Teniendo en consideración la información proporcionada por el Dr. Martínez, nos dirigimos a la Oficialía del Registro Civil del municipio y al revisar las actas de defunción de los niños menores de cinco años en el año 2009, debido a que en el año 2010 no aparecen actas de defunción en población infantil con DN como causa de defunción, encontramos que sólo en un caso de seis una médica tuxtleca certificó la muerte, en todas las demás muertes fue el agente municipal u otra persona pero en ningún caso el médico de Ocotepéc. Un dato relevante es que, en contraste con la cantidad de niñas con desnutrición que casi duplica a la población masculina con el padecimiento, en el caso de la mortalidad infantil, ésta es mayor en hombres que en mujeres, y esta diferencia es más evidente entre los recién nacidos.

Tabla 7: Principales causas de mortalidad infantil (menores de cinco años) (2006- 2010) en Ocoatepec, Chiapas

Año	IRAS No. De casos	%	EDAS No. De casos	%	Desnutrición No. De casos ²²	%
2006	6	28.5	8	38	2	9.5
2007	2	11	11	61	3	16.6
2008	10	40	4	16	9	36
2009	8	40	5	25	6	30
2010	5	29.4	5	29.4	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de las actas de defunción de la Oficialía del Registro Civil de Ocoatepec, Chiapas, en Diario de campo, 08 de Diciembre de 2010.

También habría que recalcar que las muertes en niños menores de cinco años representan un porcentaje importante en Ocoatepec: el 34% en el año 2006, el 27% en el año 2007, el 42% en el año 2008, el 27% en el año 2009 y sólo parece haber disminuido al 22% en el año 2010, esto tomando en cuenta a los niños que fueron registrados en la Oficialía del Registro Civil pues, a decir del secretario de dicha oficina, en Ocoatepec existe renuencia para registrar a los niños recién nacidos, hay padres de familia que esperan varios meses o años para hacerlo, por lo cual si estos mueren sin haber sido registrados tampoco es necesario notificar la muerte. La tasa de mortalidad en la población general de Ocoatepec es de 4.46, mientras que la infantil (ocurrida antes del primer año de vida) casi duplica la estatal de 9.90 al ubicarse en 18.30 por cada mil nacidos vivos (Mujeres y hombres en Chiapas, 2005). Estos indicadores nos dan un panorama más o menos general de la morbi- mortalidad del municipio, mismo que resulta preocupante cuando lo comparamos con el estatal y nacional. Detalles sobre las representaciones sociales de la muerte infantil que podrían explicar esta conducta de no registro los veremos en el capítulo siguiente.

²² La desnutrición como una causa de muerte acompañada de otras que también pueden ser IRAS o EDAS, por lo cual su incidencia no está aislada de otros padecimientos y por lo mismo no ha sido considerada una causa de muerte específica o particular.

2.3.2 La perspectiva *emic*, las formas localmente reconocidas de enfermar y morir en los niños ocotepecanos

Antonia, Josefa, y Cecilia, las informantes clave, así como doña Guadalupe, la partera, y otras informantes secundarias coinciden en que existe una enfermedad que puede provocar la muerte de los niños recién nacidos; también fue mencionado por José por Rogelio, los padres de familia. En Ocoatepec se le conoce como *%ikö döyu kaebö yomois+* (enfermedad provocada por una mujer *%enferma+* que pasó cerca sin que se dieran cuenta). Este padecimiento se genera debido a que alguna mujer que está menstruando por primera vez o que se encuentra en sus primeros meses de embarazo pasa cerca de un recién nacido, puede ser que visite el domicilio o bien, que pase por la calle adyacente al mismo. Los síntomas que presenta el niño son: uñas de las manos y labios que se ponen morados, los ojos se van *%para atrás+* y hasta se puede *%orcer+* (contorsionarse). La cura consiste en juntar maíz rojo, flor de castilla roja, cebolla roja, ruda y otras hierbas, con las cuales se hace una pasta para formar una bolita y ponérsela al bebé en el ombligo; o bien, llamar a la mujer que provocó la enfermedad y pedirle que le ponga su saliva al niño y lo abrace, esto siempre y cuando se reconozca a la persona que hace el daño.

Cuando los niños ya están más grandes, de más de tres meses o más de un año de edad, las madres dicen que es frecuente que se mueran de *%enfermedad+*, con esto se referían a tos, diarrea y otros padecimientos reconocidos por la medicina alopática.

También mencionaron que los niños se enferman de empacho, caída de mollera, les salen *%aspinas+* (granitos) en la espalda, de mal de ojo y otras formas localmente reconocidas de enfermar o síndromes culturalmente delimitados que diversos autores, como el Mtro. Zola (1988) han descrito como motivos de búsqueda de atención a la salud infantil en diferentes partes del territorio nacional. No ahondamos en estos temas porque no forman parte de los objetivos centrales de este trabajo pero se mencionan porque son importantes para entender las

maneras de padecer de los grupos y porque no son reconocidas por la medicina alopática, que además tiene representación institucional en la localidad.

Todas las mujeres entrevistadas con niños con desnutrición en este trabajo mencionaron que asisten con regularidad a las citas médicas que les programa IMSS- Oportunidades, la cual incluye el control nutricional de los niños pero también citas familiares para conocer el estado de salud de toda la familia, así como las pláticas informativas sobre temas relacionados con la salud, aunque cuando se consultaban datos respecto al nivel socioeconómico de las familias, encontramos que muchas familias no reciben su pago de Oportunidades completo porque tenían inasistencias en sus citas programadas y pláticas. Respecto a los padres de familia, todos dijeron que saben que sus mujeres tienen que asistir a sus citas médicas con regularidad pero sólo uno de ellos pudo explicar en qué consiste dicha cita, esto porque él fue asistente rural.

Para estas familias la atención de la desnutrición queda totalmente a cargo del sector biomédico mientras que la atención de las EDAS e IRAS no; éstas son atendidas, en primera instancia en el seno doméstico, únicamente cuando ven que los signos y síntomas del niño persisten buscan atención pero con curadores populares, conocidos como *particulares* o *curaderos*; mencionaron a Don Martín, Don Felipe y otras personas que tienen farmacias en la localidad. Esto lo analizaré en el próximo capítulo.

La atención en el seno doméstico se lleva a cabo cuando detectan que sus hijos *tienen fiebre, dejan de comer y no quieren jugar*. La mayoría de las madres y padres de familia coincidieron con este diagnóstico y también la mayoría utiliza los medicamentos que les han recetado previamente para esos casos, sea que los tengan en casa o bien que vayan a la farmacia a comprarlos sin receta porque todas las tiendas de abarrotes de la localidad venden pastillas *seltas*. Únicamente cuando la autoatención no resulta eficaz se dirigen con los curadores populares, y por lo que han referido las familias, suelen acudir con ellos con cierta regularidad, sobre todo cuando sus hijos han estado más pequeños, cuando son

menores de dos años edad.

2.4 Instituciones involucradas en atención a la desnutrición infantil

a) Oportunidades

El combate a la desnutrición es una de las tareas que fomentan el Banco Mundial, la ONU y otros organismos internacionales. El Banco Mundial (2006) la considera un problema íntimamente relacionado con la pobreza, con la cual forma un círculo vicioso y que la coloca como uno de los obstáculos para el desarrollo. También entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados en el año 2000 por la ONU se encuentran, en primer lugar, erradicar la pobreza extrema y el hambre, de las cuales se deriva la desnutrición; y como cuarto objetivo, reducir la mortalidad infantil, también relacionada con la pobreza y la desnutrición.

En México, a nivel federal, estas acciones son llevadas a cabo por el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, mismo que fue diseñado durante el gobierno zedillista para intervenir en tres de las áreas de la vida de la población que se ven más afectadas por la pobreza: la salud, educación y alimentación, sobre las cuales se dirigen acciones coordinadas con la entrega de recurso en efectivo (las así denominadas becas).

En el documento *Oportunidades para vivir mejor*, se lee lo siguiente:

El combate a la desnutrición, otro de los factores que contribuyen a la pobreza extrema, se hace mediante la atención y el control nutricional, y la distribución de complementos alimenticios para los infantes entre 6 y 23 meses, para niños y niñas con desnutrición entre los 2 y 5 años, y para las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia+ (SEDESOL, 2009: 122).

La población de Ocoatepec, Chiapas es beneficiaria de Oportunidades y por lo tanto tiene que cumplir con las acciones que lleva a cabo este programa y que son de carácter obligatorio. Una de esas acciones es el control nutricional de los niños menores de cinco años, esto con la finalidad de prevenir y atender la desnutrición infantil. La UMR de la cabecera municipal de Ocoatepec es parte de IMSS-Oportunidades y brinda atención a la población beneficiaria del programa. El

médico encargado nos explica que el programa tiene una normatividad respecto a la atención a la desnutrición, pero él reconoce que las acciones no se llevan a cabo tal cual están diseñadas. Sea responsabilidad de la UMR o de la falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención (primero y segundo) o la falta de interés del primer nivel real de atención (la familia), las acciones no se ejecutan como debería ser (Entrevista 30 de Septiembre 2010).

La importancia del Programa Oportunidades para los fines que persigue este trabajo estriba en que no sólo está encargado de la atención a la desnutrición infantil, sino que también proporciona recursos en efectivo que inciden directamente en la economía de las familias con las cuales se ha trabajado. El ingreso económico de las familias varía sensiblemente de acuerdo al grado de estudio de sus hijos. Por ello es importante hacer alusión a algunos detalles de su forma de operación que inciden de alguna manera en la población que estudiamos y que, además se replica en muchísimas familias que viven en situación de pobreza en nuestro país. En consecuencia, un programa de este tipo se constituye en una realidad a nivel federal y no únicamente a nivel local, al menos en México.

Atendiendo a las entrevistas que se le realizaron al Dr. Martínez, tenemos que la prevención y la atención a la desnutrición infantil siguen este proceso:

En primera instancia, todos los niños son pesados al nacer para conocer su estado nutricional. En Ocotepéc la mayoría de los partos son atendidos por partera y es ella la encargada de llevar a pesar al niño cuando nace. Guadalupe, la partera, explica que es su responsabilidad llevar al niño a la clínica para que lo pesen y comunicarle a la madre si el niño ha nacido desnutrido para que siga llevándolo a control nutricional.

Después del nacimiento se le vuelve a pesar al mes de edad, posteriormente a los dos meses de edad, más adelante a los cuatro meses y así sucesivamente cada dos meses hasta que cumple el año de edad. Si en alguna de estas valoraciones se detecta que el niño tiene bajo peso empieza a llevarse el control

mensualmente, este control o valoración del estado nutricional del niño a través de la medición de su peso puede realizarla tanto el médico como la enfermera o el promotor de salud, también llamado asistente rural. En la mayor parte de los casos lo llevan a cabo la enfermera y el promotor. En varias ocasiones visitamos la UMR por las tardes y pudimos observar a las familias que tenían cita haciendo cola para que la enfermera o la promotora valoraran el peso y la talla de los integrantes de la familia.

Si después del año de edad el peso del niño es el esperado (normal), su próxima cita será hasta dentro de seis meses y así sucesivamente mientras su peso sea normal; si en algún momento su peso baja y lo coloca dentro de algún grado de desnutrición el control se hace cada mes.

De acuerdo con el Dr. Martínez la Norma establece que las valoraciones para la desnutrición leve deben hacerse mensualmente. En el caso de la desnutrición moderada las valoraciones deben hacerse cada quince días. En caso que el niño padezca desnutrición severa la atención ya no debe llevarse a cabo en la UMR o clínica de la localidad, mucho menos en el domicilio del paciente sino en un Centro de Recuperación Nutricional (CERENUT) o en un hospital. Como pude apreciar durante el trabajo de campo, y a partir de la información proporcionada por el Dr. Martínez, las acciones que marca la Norma con respecto a la desnutrición moderada y severa no se llevan a cabo de esa forma, pues el control de estas dos también se realiza mensualmente como en el caso de la desnutrición leve. Además del control nutricional, la clínica también debería solicitar cita con el pediatra o nutriólogo a los niños que padecen desnutrición moderada o severa, ya que en la UMR de la localidad no cuentan con estos especialistas; esto no se lleva a cabo porque los niños con desnutrición moderada son muchos y, a decir del médico, sacarle cita a cuarenta niños no es tan, tan práctico ni para mí ni para el hospital. Entonces no podemos saturarlo al niño, al pediatra o al nutriólogo, con, este, con tantos niños, sino que solamente los niños que consideramos pueden ser prioritarios (Entrevista, 30 de Septiembre de 2010).

Otro de los factores que genera que la atención no se lleve a cabo tal cual está establecido es que, a decir del médico, a algunos niños con diagnóstico de desnutrición moderada o severa se les ha solicitado cita tanto en el hospital como en el centro de recuperación nutricional y los padres se han mostrado ~~%enuentes+~~ porque no ven al padecimiento como algo grave sino como ~~%algo normal+~~ (Entrevista 30 de Septiembre de 2010). Sin embargo, más adelante pregunté por casos concretos de niños referidos al CERENUT y me dijo que no había referido a ninguno (Diario de campo, 15 de Febrero de 2011). Al no referir a los niños el médico incide en una violación a la ~~%Norma+~~ que resulta de sus representaciones negativas respecto al proceder de las familias para atender la desnutrición infantil.

Aparte del CERENUT, podría referirse al niño con desnutrición moderada o severa a un hospital de segundo nivel que se ubica en el municipio de Ocozocoautla de Espinosa, Chiapas. Para poder desplazarse a este municipio primero hay que llegar a Tuxtla Gutiérrez por la carretera a Chicoasén. En vehículo particular el traslado lleva casi tres horas pero en transporte público puede llevar de dos a tres horas más, dependiendo del tipo de transporte. El costo de traslado en transporte público hasta Ocozocoautla es de alrededor de \$160.00 por persona. En consecuencia, el costo de traslado no resulta económico para cualquier familia, mucho menos si a los gastos de viaje se le agregan alimentación y hospedaje en algún albergue, lo cual tienen que hacer cuando solicitan atención en el Hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez, por ejemplo. Por otro lado, el internamiento en el Centro de Recuperación Nutricional se prolonga hasta que el niño es dado de alta por la institución, lo cual no se logra rápidamente en niños con desnutrición moderada o severa, aunque en este caso está la ventaja de que la estancia en el CERENUT cubre hospedaje y alimentación del menor enfermo y de su familia.

Otro de los elementos de Oportunidades es el Programa de Apoyo Alimentario (PAL), en el documento que contiene las Reglas de Operación de dicho programa se lee lo siguiente:

El Programa otorga apoyos monetarios directos mensuales a las familias beneficiarias para contribuir a que mejoren la cantidad, calidad y diversidad de su alimentación, buscando por esta vía elevar su estado de nutrición.

Asimismo, la entrega mensual o bimestral de complementos o leche fortificada, según el grupo de riesgo al que va dirigido, busca reforzar la alimentación y nutrición infantil y de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

Adicionalmente, el Programa otorga un apoyo monetario mensual llamado apoyo alimentario Vivir Mejor, el cual tiene como propósito compensar a las familias beneficiarias por el efecto del alza internacional de los precios de los alimentos+(2009, sin número de página).

Como se puede apreciar, los apoyos son básicamente monetarios. El apoyo en especie incluye la entrega bimestral de complementos o leche fortificada; en el caso de Ocoatepec, las mujeres embarazadas y con niños menores de cinco años reciben los complementos que deben preparar en forma de papillas. Durante el trabajo de campo pude notar que dicho complemento dejó de distribuirse durante cuatro meses; cuando se retomó su distribución, a cada una de las madres se les dieron dotaciones correspondientes a los meses que no la recibieron. Las familias reciben una dotación de 10 sobres de complementos nutricionales para niños mayores de seis meses y menores de dos años, 10 sobres del mismo para mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y 10 sobres de leche fortificada para cada niño mayor a dos años y menor de cinco. Pero esta distribución en la realidad se lleva a cabo de manera diferente pues, a decir de una de las informantes, Antonia (Diario de campo, 12 de enero de 2011), a veces en la clínica les preguntan si van a utilizar el complemento para que se los den; si la madre no tiene interés en él, no lo recibe; además hay quienes venden el complemento nutricional por \$1.00 a otras madres que sí lo consumen o, que incluso, se lo dan como alimento a los animales de crianza.

El Apoyo Alimentario es de \$265.00, y el monto mensual del Apoyo Infantil Vivir Mejor, que se aplica desde 2008, es de \$100.00 por niño. La familia beneficiada puede recibir hasta 3 apoyos por concepto del apoyo Infantil Vivir Mejor que se otorga a los niños menores de 9 años. Además, desde el año 2007 Oportunidades también proporciona apoyos monetarios por consumo de fuentes de energía como gas, electricidad, leña, carbón o cualquier otro combustible. Así también, se proporciona estímulo económico a los adultos mayores de 70 años y más que

vivan en localidades de más de 10,000 habitantes y que sean integrantes de una familia beneficiaria.

Estos apoyos deberían recibirse bimestralmente pero no siempre es así, puesto que el concepto de los apoyos monetarios de las madres de familia varía de entrega en entrega; aunque es importante aclarar que las mujeres conocen cuáles son los conceptos que les entregan en cada pago y sus montos.

Por último, señalamos que de acuerdo a la evaluación externa realizada al programa Oportunidades: *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008 en zonas rurales (1997-2007)* (2008) se encuentra el siguiente panorama en el país:

- La emaciación queda dentro de lo esperado en una población sana (<2.5%) en niños menores de dos años de edad y en todos los estados y subgrupos.
- Aún persiste la talla baja en todos los estados, con mayor prevalencia en el sur del país (36.3% en Guerrero), en la población de origen indígena (33.0%), en la población que vive en localidades de marginación alta (20.0%) y muy alta (37.2%), y en hogares más pobres (32.0 vs. 14.1% en los menos pobres).
- Existe alta prevalencia de anemia en niños menores de dos años de edad (mayor a 30% en todos los grupos comparados) y en mujeres embarazadas (17.3%).
- Se presenta bajo consumo (consumo inadecuado) de Nutrisano por parte de la población objetivo (niños entre 6 y 24 meses de edad).
- Se presentan prácticas que no favorecen la lactancia y las prácticas de alimentación complementaria de acuerdo a las recomendaciones internacionales (introducción temprana de líquidos y tardía de alimentos ricos en micronutrientos).

b) Un Kilo de Ayuda

Los orígenes de Un Kilo de Ayuda pueden rastrearse a mediados de los ochenta cuando un grupo de jóvenes se organizaron para formar Gente Nueva que por medio del proyecto social Compartamos se dio a la tarea de alimentar a las familias damnificadas por el sismo que sacudió a México en 1985. Para 1987 la organización norteamericana World Share enviaba el excedente de alimento estadounidense a México por medio de este programa que beneficiaba a familias

de Chiapas, Michoacán, Quintana Roo y Oaxaca, las cuales recibían alimentos a granel a cambio de ocho horas de trabajo comunitario. Debido a que México firmó varios tratados internacionales a principios de los noventa, quedó imposibilitado de recibir aquel excedente. Gente Nueva buscó otras formas de obtener alimentos para sus donaciones, fue así que en 1994 empezaron a venderse en los supermercados mexicanos las primeras tarjetas de Un Kilo de Ayuda con la foto de alguna de las marcas que empezaban a patrocinarlas, su principal donador en esa época fue el Banco Nacional de México (Un Kilo de Ayuda, 2010) y hasta ese momento su labor era básicamente de asistencia alimentaria.

En 1999 el programa se reestructura y surge el Programa Integral de Nutrición (PIN) cuya metodología, inicialmente de cuatro acciones (Vigilancia Nutricional, Prevención de Anemia, Educación Nutricional y Paquete Nutricional), queda establecida en los albores del siglo XXI. En el año 2003 se incorpora un moderno Sistema de Cómputo en Internet para el seguimiento de su programa, conocido como INFOKILO, una base de datos que contiene información muy diversa acerca de las acciones implementadas y recursos proporcionados a las comunidades donde trabaja el programa. Conforme el programa ha ido consolidándose la metodología se ha ido modificando también. A la fecha, las donaciones de empresas y de los gobiernos de los estados de Chiapas, Estado de México y Yucatán constituyen una fuente muy importante de recursos que pueden capitalizar gracias a la cuota de recuperación del paquete nutricional.

Actualmente Un Kilo de Ayuda (UKA) sigue trabajando con el Programa Integral de Nutrición cuya metodología²³ aumentó a seis acciones para combatir la desnutrición: 1, la vigilancia nutricional que consiste en la toma de peso bimestral a los niños con peso normal y cada catorce días en los niños con desnutrición moderada y severa, así como la toma de talla general cada seis meses para conocer el estado nutricional de los niños; 2, la detección de anemia, se realizan

²³ Disponible en la página web de Un Kilo de Ayuda: <http://www.unkilodeayuda.org.mx/QueHacemos.asp>, fecha de consulta: 04 de Abril de 2011.

pruebas rápidas de los niveles de hemoglobina en sangre, cuando el niño la tiene se le otorga el tratamiento correctivo de manera gratuita; 3, la educación nutricional, estrategia dirigida a las madres de familia que consiste en reforzar los conocimientos sobre nutrición y salud, con la finalidad de desarrollar actitudes y costumbres que faciliten la correcta alimentación y el cuidado adecuado del niño; 4, paquete nutricional, cada catorce días se distribuye una despensa que tiene un costo de recuperación de \$15.00 y que contiene diez productos; 5, evaluación del neurodesarrollo, para identificar el desarrollo intelectual alcanzado por los niños al año y a los dos años de edad y para promover actividades encaminadas a fomentar la estimulación temprana; 6, agua segura, que pretende diseñar estrategias para mejorar la calidad del agua de las comunidades.

Este programa empezó a trabajar en 2008 en Ocoatepec, Chiapas, el Gobierno del Estado lo patrocina con los alimentos que forman el paquete nutricional por medio de DIF estatal. La discusión acerca del impacto que UKA ha tenido en Ocoatepec con respecto a la desnutrición se incluye en el capítulo cuarto que corresponde al proceso alimentario en tanto que el trabajo de campo reveló que es en ese sentido que se ha vuelto más significativo para las madres de familia.

c) Visión Mundial

Visión Mundial (VM) es una organización cristiana humanitaria fundada en 1950 por el norteamericano Bob Pierce que en 1953 empezó un programa de patrocinio para los niños y niñas en situación de orfandad a causa de la Guerra en Corea, donde invitaba a los estadounidenses para que financiaran los costos de cuidar de estos niños y niñas por medio de una contribución de dinero mensual. En las décadas siguientes VM ha expandido su trabajo en Asia, América Latina y el Caribe, Europa Oriental y los países de la ex Unión Soviética. El dinero proveniente del patrocinio de niños y niñas es utilizado para ayudarles con

alimentos, educación, salud, capacitación vocacional y para apoyar hogares que tienen niños con alguna discapacidad, entre otros.²⁴

Su labor en México comenzó en 1982 y actualmente abarca nueve estados del país (Baja California Norte, Chiapas, Estado de México, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora y Veracruz) donde impulsa programas de nutrición, educación, salud y desarrollo económico.²⁵ La Gerente de Visión Mundial (VM) en Ocoatepec relata que éste ha sido el primer municipio de Chiapas donde la empresa empezó a trabajar, esto fue hace 6 años; ella nos ha informado acerca de las acciones que el programa tiene en atención a la desnutrición infantil.

Estas acciones incluyen la vigilancia nutricional que consiste en monitorear del estado nutricional de los niños cada dos meses, lo cual se hace del conocimiento de los padres para sensibilizarlos en torno a la evolución del estado nutricional de sus hijos. También se llevan a cabo talleres de recuperación nutricional en las comunidades que más lo necesitan; en la cabecera ya no se llevan a cabo. El objetivo de los talleres es enseñar a las madres de familia a combinar alimentos para mejorar su valor calórico pues, a decir de la Gerente, la deficiencia de calorías es justamente uno de los aspectos en la alimentación de la gente en Ocoatepec que más contribuyen a la desnutrición. La Gerente considera que la alimentación tradicional o la combinación de alimentos básicos en Ocoatepec no cumple con las leyes de la alimentación en el sentido de que no cubre con los requerimientos nutricionales necesarios para el sano desarrollo y crecimiento de los niños; sin embargo, ella sugiere que una combinación apropiada de dichos alimentos básicos podría ser más nutritiva.

Aunque el programa realiza acciones de vigilancia nutricional, al igual que Un Kilo de Ayuda y Oportunidades, sus datos sólo han sido utilizados para conocer el

²⁴ Visión Mundial, <http://www.visionmundial.org/visionmundial.php?id=2>, fecha de consulta: 20 de junio de 2011.

²⁵ Visión Mundial, <http://www.visionmundial.org.mx/visionmundial.php?id=77>, fecha de consulta: 20 de junio de 2011.

estado nutricional de uno de los niños de este estudio debido a que durante el trabajo de campo pude notar que las madres de familia acuden con menos regularidad al control de este programa. Esto se debe a que las acciones que lleva a cabo VM están mediadas por el patrocinio de los niños que permite que sean incluidos a los programas de salud, educación y nutrición. Por ello hay menos niños ocotepecanos incluidos en el programa de VM que en el de Oportunidades o UKA.

2.5 Metodología

Mi experiencia como promotora comunitaria en UKA entre 2008- 2009 es un antecedente que no puedo soslayar al hablar de la metodología empleada en este trabajo. En este estudio utilizamos una aproximación cualitativa porque consideramos que estratégicamente es la más conveniente en tanto que las técnicas e instrumentos que ésta utiliza, pero sobre todo la manera como se construyen los datos desde esta perspectiva se adecúa a los fines que persigue este trabajo.

En el capítulo anterior hemos revisado las aportaciones de las Encuestas Nacionales de Alimentación llevadas a cabo por el Instituto Nacional de Nutrición durante el siglo pasado y las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición dirigidas por el Instituto Nacional de Salud Pública en las últimas décadas. Estos documentos evidencian que las prevalencias de desnutrición en México no se han distribuido de manera uniforme a lo largo del territorio nacional, sino que existe una marcada tendencia histórica a la concentración de niños con desnutrición en el sur del país, donde se localiza la mayor parte de la población rural e indígena. Esta es nuestra referencia para señalar la pertinencia de estudiar qué sucede con la desnutrición en contextos locales particulares, lo cual se acentúa con mi experiencia previa pues debo repetir que yo realicé actividades de somatometría en varios de los municipios que comprenden la región zoque de Chiapas, por lo tanto sabía que Ocoatepec presentaba altas prevalencias de desnutrición infantil, lo cual contrastaba con otros municipios de la región que no presentaban prevalencias tan alarmantes como Tecpatán, Chicoasén, Copainalá y Coapilla, por

citar sólo unos ejemplos. Con esto queda claro que la realidad de la desnutrición infantil en Ocotepéc es algo que me significa como investigadora, como parte de un equipo técnico que fui y como mujer puesto que mi relación con varias ocotepecanas se ha ido haciendo más íntima con el tiempo. Estos tres aspectos han ido apareciendo a lo largo de mi trabajo y creo que han alterado el producto de manera positiva pues me permiten hacer aportaciones que no se circunscriben a mi periodo de trabajo de campo sino que, sólo en algunos casos muy específicos, me permiten hacer referencia a observaciones que realicé cuando promotora. Es por ello que en algunas partes del texto hablo en primera persona para hacer referencia a reflexiones y experiencias muy personales, máxime cuando se trata del pasado. Una de las ventajas de la aproximación cualitativa es justamente la inclusión de la subjetividad del investigador dentro del proceso de construcción del conocimiento (Robles, 2000) y la subjetividad no se refiere estrictamente a las emociones o afectos sino a nuestras experiencias en tanto que significadas y tanto voluntarias y deliberadas como motivadas por procesos más complejos, como serían los relacionales e incluso procesos inconscientes.

Por otro lado, esta aproximación también nos parece pertinente en tanto que muestra cierta flexibilidad respecto a la posibilidad de poder hacer modificaciones o reformulaciones durante todo el proceso de investigación. En este caso, iniciamos con la construcción de un proyecto de investigación que fue reformulándose de acuerdo a las necesidades explicativas del fenómeno de estudio que la realidad nos presentaba pero sin olvidarnos del rigor en ningún momento. La inclusión de nuevas preguntas/ variables como el significado de la muerte infantil, la perspectiva de género y el proceso alimentario que se constituyeron en objetivos nunca suplantó a los objetivos principales planteados originalmente sino que los enriqueció. De igual forma, el recorte de la información obedece a la necesidad de responder preguntas muy puntuales en este momento, lo cual puede considerarse como una primera parte o el antecedente de un proyecto ulterior que nos permita explorar aspectos que debido a cuestiones de tiempo no pueden abarcarse ahora.

Así mismo, el eje teórico que estructura y orienta este trabajo, el modelo explicativo del padecimiento de Young (1982), sostiene que la enfermedad además de sus manifestaciones orgánicas tiene un componente subjetivo y una forma particular de organizarse en cada grupo o conjunto social que requieren técnicas cualitativas para explorarse y para explicarse. De igual forma, la propuesta de modelos médicos de Menéndez (2003) y el enfoque relacional del mismo autor (Menéndez, 2002) son referentes fundamentales de este trabajo en términos teóricos como etnográficos que exigen técnicas cualitativas que den cuenta del tipo de relación que se da entre los representantes y los actores sociales que hacen uso de los modelos, lo cual además viene a articularse con el modelo de Young. También la propuesta de las representaciones sociales de Jodelet (en Esparza, 2003) se nos revela como una herramienta metodológica y también teórica que engrana con el precepto de la construcción social del padecimiento y en particular con la dimensión subjetiva del padecer de Young pues, por un lado, constituye una manera de aproximarnos en tanto que contempla prácticas concretas y discursivas que exploramos en términos de conductas y narrativas respectivamente; por otro lado, contribuye a la explicación del problema estudiado ya que nos permite conocer qué les significa a nuestros sujetos de estudio la desnutrición y qué conductas de atención genera, con este fin también utilizamos el punto de vista del actor como aproximación teórico-metodológica (Menéndez, 2002). Nos parece que la inclusión de todos estos referentes teórico- metodológicos son pertinentes en tanto que varios de ellos exploran procesos similares (como la subjetividad, las representaciones, las prácticas) y no son disonantes sino que se complementan y enriquecen mutuamente:

• La investigación cualitativa (en salud) remite a un campo de conocimientos y prácticas en donde confluyen tradiciones, disciplinas, temáticas, interrogantes y metodologías diferentes, pero bajo uno o varios ejes aglutinadores. Uno de tales ejes lleva hacia un conjunto de preocupaciones teórico conceptuales, metodológicas o técnicas, relacionados con ciertos datos de naturaleza cualitativa. Otro rasgo es su énfasis en dar cuenta de fenómenos de índole diversa como son la interpretación, la comprensión o las estructuras de significación, la perspectiva de los actores sociales, el involucramiento no neutral del investigador, la profundización sobre lo particular, el uso de hipótesis como premisas o principios ordenadores o explicativos, la aproximación centrada en la descripción detallada, el interés por los resultados, pero también por el proceso, así como su flexibilidad y

creatividad metodológica+ (Orozco 1997, Minayo 1995, en: Mercado, Lizardi y Villaseñor, 2002).

De esta manera justificamos el uso de la aproximación cualitativa a partir de los ejes teóricos utilizados, las estructuraciones culturales, institucionales y subjetivas de los procesos que estudiamos (Cortés, Menéndez y Rubalcava, 2002) que requieren las técnicas cualitativas y las herramientas que detallaremos más adelante.

Como decíamos, este trabajo está orientado por el enfoque relacional (Menéndez, 2002) que hace referencia a que todo acto social es relacional y no individual. Los actos sociales podemos entenderlos como acciones observables, que podríamos llamar prácticas, o como otro tipo de hechos y construcciones sociales que podemos rastrear en el discurso de las personas, en lo que ellas pueden decir de la manera cómo viven su realidad y la van reconstruyendo a partir de sus experiencias, lo que podemos denominar sus representaciones sociales. Estas representaciones sociales y prácticas constituyen herramientas teóricas que dan cuenta de los procesos cotidianos que experimentan los sujetos, de entre los cuales situamos los procesos de salud/ enfermedad/ atención, mismos que operan dentro de relaciones sociales complejas y que no se circunscriben a relaciones personales, primarias o locales, lo que denominaríamos el nivel microsocial, sino que se articulan a la dimensión estructural.

Utilizar el enfoque relacional implica considerar a más de un sujeto significativo en el análisis del proceso que se estudie; o, aunque se trabaje con sólo un sujeto, considerar la existencia de otros actores significativos y justificar su no inclusión. Cuando decimos actor (o actores) significativo hacemos referencia a una categoría conceptual que da cuenta tanto de una persona (o grupo de personas) como a un determinado estrato social, el género e instituciones con las cuales el sujeto se vincula por medio de relaciones, mismas que buscamos a nivel microsocial principalmente pero que debemos poner en correspondencia con el nivel macrosocial que lo determina en gran medida aunque eso no sea apreciado a simple vista o no aparezca inmediatamente en el discurso.

Otra de las características del enfoque relacional nos lleva a no considerar, al menos de entrada, que las relaciones que estudiamos son precisamente armónicas, pacíficas o buenas sino que pueden o no serlo. Esto es primordial puesto que la organización de los diversos grupos que estudiamos se expresará en el tipo de relaciones que se establezcan entre sus integrantes y que pueden ser de cooperación, colaboración o competencia, simétricas o asimétricas, iguales o desiguales, o de hegemonía- subalternidad. En cada uno de estos tipos de relaciones hay un sentido o funcionalidad que debe rastrearse, por ejemplo para quién son positivas o negativas las relaciones establecidas, antes de hacer juicios de valor orientados por nuestra propia construcción subjetiva, por lo cual es importante recuperar el punto de vista del actor implicado en el proceso estudiado.

La perspectiva del actor se caracteriza por reconocer que frente a cualquier problema debemos asumir que el actor que «estudiamos», se llame grupo étnico, mujer o campesino, tiene un punto de vista propio que debemos tratar de recuperar a través de dicho actor, y no de lo que los otros actores . incluido el investigador- dicen del campesino, la mujer o el grupo étnico. La realidad debería ser descrita y analizada a partir de lo que los actores dicen sobre sí mismos, de cómo la perciben, de cómo viven su realidad. El punto de vista del actor expresa no sólo su situacionalidad, sino su potencialidad de acción justamente de dicha particularidad+(Menéndez, 2002: 316).

El programa para el cual yo trabajaba en Ocotepéc no prestaba atención al punto de vista que las madres de familia tenían sobre la desnutrición infantil, sobre el diagnóstico que les dábamos o siquiera sobre la dinámica de las actividades que desarrollábamos. Por eso este trabajo ha procurado recuperar su punto de vista y hacer el esfuerzo por acercarnos a los padres de familia para saber qué punto de vista tienen ellos también. Los programas que atienden la desnutrición en Ocotepéc se centran en el trabajo con las mujeres- madres de familia a quienes responsabilizan del estado nutricional y de salud general de sus hijos, haciendo poco (o a veces ningún) esfuerzo por incluir al padre en este trabajo partiendo de premisas que podríamos considerar ideológicas, puesto que este trabajo reveló que los hombres, contrario a lo que a veces uno supone, sí se preocupan y se involucran en la atención a la enfermedad infantil. Es por ello que nuestra unidad de análisis es la familia a la cual definimos como el conjunto de dos o más sujetos vinculados por relaciones sociales de parentesco que realizan una serie de

actividades básicas relativas a la producción y/o reproducción biosocial de los miembros del grupo+(Cortés, Menéndez y Rubalcava, 2002: 32).

El punto de vista de las mujeres y de los hombres ocotepecanos nos ha permitido conocer qué les significa la desnutrición infantil, qué saberes han construido al respecto y cómo influyen estos en sus prácticas de atención. En primera instancia habíamos considerado la inclusión de los puntos de vista de estos dos actores adelantándonos a que encontraríamos diferencias en términos de género, lo cual resultó cierto; posteriormente encontramos que sus puntos de vista también debían ser entendidos a la luz de dos factores: las condiciones materiales de existencia de estas familias y de las relaciones que han establecido con otros actores sociales. Las condiciones materiales de existencia de la localidad responden a constricciones ecológicas, ambientales y étnicas, todas históricas que los han colocado en una situación de marginación y pobreza. Los otros actores sociales son los programas y los representantes de los programas que trabajan en la localidad con la finalidad de atender la desnutrición infantil. Estos dos factores se concretan en dificultades agrícolas, restricciones alimenticias, fragmentación de modelos médicos, normalización de la desnutrición y la mortalidad infantil que analizaremos en un nivel micro a partir de relaciones sociales que describiremos posteriormente en términos de representaciones sociales y prácticas de la atención a la desnutrición infantil y de las prácticas alimentarias, elemento que se hizo central en la comprensión del problema de estudio conforme avanzaba el trabajo de campo.

Partimos de la premisa de que el padecimiento se construye socialmente y que adquiere connotaciones diversas a nivel local, por ello nos parecía importante indagar si la desnutrición era percibida como un problema de salud para los ocotepecanos para entender el tipo de atención que le daban (incluida la desatención), sobre todo tomando en cuenta que habían tres instituciones trabajando con este problema en dicho municipio, por lo tanto las mujeres tenían acceso a información que podía estar reconfigurando sus representaciones. Las prácticas alimentarias se consideraron partiendo de la premisa de que es imposible hablar de nutrición o desnutrición sin hablar de alimentación. Pero la

alimentación no es nada más indispensable para la supervivencia sino que está matizada de representaciones sociales y prácticas que se derivan de las mismas que la convierten en un proceso social y cultural que revela aspectos de la dinámica social, familiar e incluso, de carácter global, lo cual hace referencia al enfoque relacional nuevamente, pues la nutrición se ha tornado un asunto público sobre el cual el gobierno y diversas instituciones se sienten con el derecho de intervenir gracias a los cambios en el panorama epidemiológico de México. Los altos índices de mortalidad debidos a diabetes mellitus y enfermedades del corazón han generado una oleada de acciones biomédicas encaminadas a controlar lo que la gente come y cómo lo come en contradicción con un mercado que no se caracteriza por la inocuidad de los alimentos que comercia sino todo lo contrario. La desnutrición se revela como la otra cara de la moneda y no estrictamente como la imagen de la carencia sino de otras limitantes de tipo estructural (el diseño de los programas encaminados a combatirla, la marginación de las poblaciones, las condiciones de sanidad, la disponibilidad de alimentos, entre otros) que iremos analizando posteriormente.

Para recuperar las representaciones sociales, las prácticas y las representaciones sociales de las prácticas tanto de atención a la desnutrición infantil como alimentarias, utilizamos dos técnicas de recolección de datos: la entrevista y la observación participante. Las entrevistas fueron de tipo semiestructurada pues aunque las preguntas tenían una guía, en el proceso encontramos que las representaciones de las madres y los padres de familia respecto a ciertos procesos diferían por razones de género y de otro tipo que requerían adaptar la entrevista a las posibilidades de cada actor; por ejemplo, los hombres se explayaron más en el proceso alimentario y en la atención a enfermedades diarreicas y respiratorias, mientras que las mujeres fueron las que aportaron más información y de mejor calidad respecto a las representaciones sociales de la desnutrición infantil.

La observación participante es un método y una técnica flexible que nos permite la involucración del investigador dentro del fenómeno para indagarlo, porque además le significa. De acuerdo con Hemmersley y Atkinson (1994) el comportamiento de

las personas sólo puede ser entendido dentro de su contexto, en el cual adquiere significado y sentido, por esta razón se debe estudiar el comportamiento natural de las personas, lo cual sólo podemos lograr si nos introducimos a sus escenarios y espacios cotidianos. Además, la observación participante nos permite contrastar lo que las personas refieren en términos discursivos con sus actuaciones.

Durante el trabajo de campo tuvimos la oportunidad de hacer al menos una entrevista formal a María, Antonio, José e Ismael. A Elena, Ricardo, Verónica y Eliodoro les hicimos al menos dos entrevistas formales; a Cecilia, Antonia, Josefa y Rogelio les hicimos tres o más entrevistas formales. Todas las entrevistas se hicieron en los domicilios de los actores, fueron grabadas en el noventa por ciento de los casos y han sido transcritas e incluidas dentro del análisis de datos. También hicimos entrevistas informales a la par de la observación participante; con Cecilia, Antonia, Josefa, Rogelio y Eliodoro teníamos al menos una plática informal por semana; con Elena y Ricardo tuvimos alrededor de tres pláticas informales y con el resto de los informantes no fue posible debido a sus actividades laborales y al estado del tiempo en Ocotepc.

La observación participante se llevó a cabo en los domicilios de estas familias, principalmente en sus cocinas y estancias donde platicábamos de temas diversos, convivíamos con sus respectivas visitas y compartíamos alimentos. Con la familia de Antonia y Rogelio viví un par de semanas incluso (una en el mes de enero y otra en febrero de 2011) de lo cual resultan al menos cincuenta horas de observación participante. Con la familia de María, Verónica y Elena no pudo hacerse observación participante porque su monolingüismo y las lluvias obstaculizaron las visitas y el acceso a sus domicilios; además que con la primera se dificultó el acceso a información ya que fue la que se mostró menos interesada en el trabajo; y con Verónica porque apoya a su esposo en labores agrícolas. A las familias de Antonia, Cecilia y Josefa se las visitaba al menos una vez por semana, de acuerdo a los itinerarios de estas mujeres las observaciones duraban al menos una hora y en ocasiones se prolongaban hasta tres o cuatro horas, incluso más.

El trabajo de campo comenzó el día martes 24 de agosto de 2010 y se suspendió el día viernes 17 de diciembre de 2010. Del 10 al 14 de enero de 2011 y del 14 al

17 de febrero de 2011 se realizaron dos visitas más para extraer información puntual con las cuales se dio por concluido. El análisis de la información comenzó en enero de 2011.

Es importante señalar que de estas seis familias resultaron doce informantes claves, ocho (Cecilia, Antonia, Josefa, Ricardo, Rogelio, Antonio, Eliodoro e Ismael) de los cuales se expresaban perfectamente en español debido a su experiencia migrante y por ello las entrevistas se realizaron en español. Del resto, tres eran monolingües (Verónica, María y José) y a una se le dificultaba expresarse en español (Elena); con estos cuatro se emplearon traductoras. Las traductoras fueron Hilda, su hermana Lidia y Marcela, e incluso Antonia (una de las informantes clave) quienes por su experiencia migrante y laboral al interior de Ocoatepec tenían perfecto dominio del español. A todas ellas las conocía gracias a mi trabajo en UKA y se ofrecieron a apoyarme en lo que estuviera en sus manos y de acuerdo a sus itinerarios. Tuvimos que recurrir al uso de cuatro traductoras ya que todas ellas tenían ocupaciones que les dificultaban acompañarme con regularidad.

Los criterios para elegir a las familias de estudio eran que tuvieran al menos un niño menor de cuatro años de edad diagnosticado con desnutrición de segundo grado, también denominada *desnutrición moderada*, que esta fuera crónica (que tuvieran un déficit en la talla para la edad), y que estuvieran sujetos a control nutricional mensual en la UMR de la cabecera municipal de Ocoatepec, Chiapas, y que por lo tanto, fueran beneficiarios del programa Oportunidades, requisito indispensable puesto que son niños que reciben control nutricional constante. El contacto con las familias que fungieron como informantes claves se realizó gracias al médico de la UMR de la localidad, quien se mostró accesible hasta el momento en que se le solicitaron los historiales clínicos de los niños que padecen desnutrición moderada, aparentemente esta solicitud no fue de su total agrado.

La UMR ha dividido la localidad en cuatros sectores *para facilitar el trabajo* y el médico recomendó trabajar con un solo sector para apoyarnos de un solo promotor de salud; de ahí se eligió a la familia de Elena, la de María y la de Verónica. Posteriormente se incluyó a una familia de este mismo sector que tenía

una niña cuya edad oscilaba alrededor del año y medio de edad en tanto que el médico de la UMR señaló esta edad como crítica para la salud del niño, y en particular, para la desnutrición infantil. Se trata de la familia de Antonia, cuyos integrantes se mostraron accesibles desde el inicio.

Concomitantemente elegimos dos familias más pero que no pertenecían al sector uno sino al tres, atendiendo a que cuando las madres de familia notaron que había regresado a la localidad a trabajar me pidieron expresamente que las visitara y ofrecieron a apoyarme en lo que yo necesitara, esto se hizo sin que mediara la sugerencia del médico. Con esta disposición que mostraron y considerando que sus hijos tenían tres años cumplidos y el diagnóstico de desnutrición desde años atrás cuando los había conocido, se les preguntó si querían participar en la investigación y aceptaron. Estas son las familias de Cecilia y la de Josefa.

Respecto a los niños elegidos, Ignacio, el hijo de Josefa, no ha vivido de forma permanente en Ocotepéc debido a que sus padres migran por razones de trabajo al Estado de México, me atrevo a pensar que por esta razón su historial clínico no aparece en la UMR de la localidad. La enfermera lo adjudicó a que el niño recibía atención en otra parte pero esto fue negado por la madre quien asevera que Ignacio ha llevado control nutricional en la UMR. Sólo en este caso se han tomado en cuenta las valoraciones de peso de la ONG Visión Mundial, debido a que en la UMR el niño no aparece como paciente o beneficiario de IMSS- Oportunidades. El caso de este niño es especial porque durante el tiempo que se realizó el trabajo de campo se recuperó su estado nutricional de desnutrición moderada a desnutrición leve; la madre también mencionó que su hijo estaba comiendo más últimamente. Por otro lado, Elena era beneficiaria del programa Oportunidades pero desde hace casi dos años ha dejado de percibir este apoyo; por esta razón su hijo ha dejado de recibir el control nutricional mensual pese a que su diagnóstico hasta agosto de 2010 era desnutrición moderada, su control nutricional se lleva a cabo cada seis meses. Sin embargo, se incluyó dentro del estudio porque ha padecido desnutrición desde muy pequeño y porque su familia se mostró accesible en la realización del estudio.

Como puede apreciarse, mi experiencia laboral previa en Ocotepc fue un elemento clave en la realización del presente trabajo porque facilitó el contacto y la cooperación de las mujeres, mismas que tuvieron una labor muy importante al persuadir a sus esposos para que cooperaran en el estudio a pesar que ellos decían que no tenían nada que decir sobre el tema.

Entre las dificultades que enfrenté se encuentra que el trabajo de campo se llevó a cabo durante la temporada de lluvias en Ocotepc y esto me dificultaba salir de mi casa con la frecuencia que hubiera deseado, sobretodo me impedía salir acompañada de alguna traductora a la cual no quería arriesgar dadas las condiciones climáticas tan adversas para la salud. No obstante, mi experiencia laboral previa en Ocotepc me proporcionó otras informantes secundarias (algunas de ellas también traductoras) que se mencionan eventualmente en este trabajo: Gabriela, la partera, Hilda, Lidia, Rosa, Reina, el Secretario del Consejo de la Agencia Municipal, entre otras, a las cuales se les hizo al menos una entrevista formal y varias informales que han sido registradas en el diario de campo. Hilda y Lidia me aportaron información particularmente importante porque viví con ellas durante cuatro meses y eso me permitió sostener pláticas con ellas constantemente, observarlas en sus escenarios naturales, en sus quehaceres cotidianos, en su forma de relacionarse con otras mujeres (vecinas, amigas, hijas, suegras, su madre), con otros hombres (sus suegros, sus parejas, sus cuñados, su padre) y entre ellas mismas como hermanas y con trayectorias de vida tan diferentes, acompañarlas a hacer sus compras, a hacer sus mandados y en la preparación y consumo de todos sus alimentos.

El médico encargado de la UMR de IMSS- Oportunidades de Ocotepc fue otro informante clave. A él se le realizaron tres entrevistas formales y nos dio acceso a cierto tipo de información como las Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional de todos los niños en control, a las hojas de registro del SUIVE y a los expedientes familiares de Cecilia, Antonia, Elena, María y Josefa.

Aquí los informantes clave en orden de importancia, atendiendo a la cantidad y la

calidad de la información proporcionada:

1. Antonia
2. Cecilia
3. Médico encargado de la UMR, Dr. Martínez
4. Josefa
5. Rogelio
6. Eliodoro
7. Ricardo
8. Verónica
9. Elena
10. María
11. Antonio
12. José
13. Ismael

El análisis de la información se realizó en dos etapas. En la primera se realizó una matriz de análisis siguiendo todas las variables consideradas en la última versión del proyecto antes de comenzar el trabajo de campo (representaciones sociales de la desnutrición infantil, prácticas de autoatención, dinámicas familiares, prácticas de crianza y proceso alimentario). A esta matriz se le hizo un recorte del cual resultó una segunda versión que a su vez se compuso de dos matrices, una correspondía a lo que vino a constituir el primer eje de análisis, las representaciones sociales de la desnutrición infantil, y la segunda a lo que se convirtió en el segundo eje de análisis, el proceso alimentario; cada matriz se dividió en tres partes: el subtema, por ejemplo: *representaciones de las causas de la desnutrición infantil*, o la *obtención de alimentos*; el contenido en términos de material discursivo (lo que se recuperó de las entrevistas formales y pláticas informales) y las prácticas (lo que se recuperó de la observación participante registrada en el diario de campo), y el análisis o la interpretación del contenido a la

luz de los principales referentes teóricos. Cada subtema fue analizado en grupos de mujeres y grupos de hombres con fines comparativos.

Algunos de los aspectos recuperados de las dinámicas familiares quedaron incluidos dentro del proceso alimentario y la autoatención; ésta última se incluyó dentro de las representaciones sociales de la desnutrición infantil, y las prácticas de crianza ya no resultaron relevantes para explicar el problema en cuestión, en consecuencia se omitieron en la versión final. Así mismo, la perspectiva de género fue retomada tanto a la luz de las relaciones que se establecen entre madres y padres de familia en torno a las decisiones y actuaciones respecto al proceso s/e/a de los niños, como de las relaciones que se establecen entre mujeres y otros actores sociales, las instituciones (gubernamentales y ONGs) y sus representantes. La perspectiva de género fue retomada en la interpretación global de cada eje de análisis.

Volviendo con las familias elegidas, de éstas resultaron siete niños con desnutrición moderada en la actualidad. La familia de Cecilia, Elena, Verónica y Josefa tenían uno y la de María dos; Antonia tiene una hija en control nutricional actualmente pero su hija mayor también sufrió desnutrición y ha sido contemplada en el estudio en el marco del análisis de las representaciones sociales de su madre en torno a la desnutrición en tanto que el curso de su padecimiento parece haber sido diferente al de su hermana menor.

Tabla 8 Características de las viviendas de las familias entrevistadas

	Cecilia	Verónica	Elena	Antonia	Josefa	María
Material de las paredes	Block	Tablas de madera	Block	Block	Block	Block
Material del piso	Casa: cemento Cocina y baño: tierra	Casa: cemento Cocina: tierra	Casa: cemento Cocina: cemento	Casa, cocina y baño: cemento. Fogón: tierra	Casa: cemento Cocina: tierra	Casa: cemento Cocina: tierra
Material del techo	Lámina de zinc	Lámina de zinc	Lámina de zinc	Lámina de zinc	Lámina de zinc	Lámina de zinc
No. Piezas	3 (sala-dormitorio, cocina y baño)	3 (sala-dormitorio, cocina y baño)	4 (sala-dormitorio, cocina, bodega y baño)	6 piezas (sala, dos recámaras, ducha, taza de baño, cocina y fogón).	3 piezas (sala-dormitorio, cocina y baño).	3 piezas (sala-dormitorio, cocina y baño)
No. Recámaras	Ninguna En la sala hay una cama	Ninguna En la sala hay una cama de mecate	Ninguna En la sala hay un colchón sobre el suelo.	Dos Pequeñas	Ninguna, las camas (2) están separadas en la sala por una cortina de tela.	Ninguna, en la sala hay una cama
Servicios	Agua potable Luz eléctrica Drenaje Calle pavimentada.	Agua potable Luz eléctrica	Agua potable Luz eléctrica Drenaje	Agua potable Luz eléctrica Drenaje Calle pavimentada Televisión por cable.	Agua potable Luz eléctrica Drenaje Calle pavimentada.	Agua potable Luz eléctrica Drenaje
Localización y tipo de baño	Separado de la pieza principal.	Separado de la pieza principal. Fosa séptica	Separado de la pieza principal.	A un costado de la cocina	A un costado de la cocina	Separado de la pieza principal
Localización y tipo de cocina	Afuera de la pieza principal Fogón de piso	Afuera de la vivienda principal. Fogón de piso.	A un costado de la pieza principal. Fogón de piso	Frente a la sala Fogón de piso y estufa de gas.	Separada de la pieza principal. Fogón de piso y estufa de gas.	Separada de la pieza principal Fogón de piso
Aparatos electrodomésticos	Televisor descompuesto Computadora	Ninguno	Radiograbadora descompuesta	Televisor	Televisor	Radiograbadora

Fuente: Entrevista socioantropológica, Ocoatepec, Chiapas, 2010.

Como puede apreciarse, la mayoría de las familias tienen casas hechas de concreto (block) aunque los techos son de lámina de zinc. Únicamente la casa de Verónica es de tablas de madera. La preferencia por el concreto tiene que ver con su experiencia migratoria. Los pisos de cemento han sido facilitados por el programa Piso firme pero en la mayoría de los casos sólo cubren las estancias de las casas, las cocinas en su mayor parte siguen siendo de tierra. Todas las familias, excepto la de Verónica, quien vive fuera de la mancha urbana, cuentan con los servicios básicos de agua entubada, luz eléctrica y drenaje.

La casa de Verónica está totalmente fuera de la mancha urbana (ver mapa 3) y no hay una calle para acceder a la misma sino caminos o brechas que la misma erosión de la tierra han ido formando pues además el domicilio se sitúa en una ladera; la de Elena y la de María, pese a que están dentro de la mancha urbana no cuentan con pavimentación pues las calles son de terracería, incluso puede apreciarse que la casa de María está justo al borde del arroyo, para acceder a su domicilio hay que caminar sobre éste que funge de camino ya que sólo tiene agua cuando llueve en exceso. En el caso de las tres familias hay que tomar caminos que se vuelven poco accesibles en tiempo de lluvias debido al lodo. Cecilia, Josefa y Antonia viven en las zonas más accesibles, tienen calles totalmente pavimentadas, sus casas están a línea de calle y están muy cercanas al centro de la localidad representado por el Parque central de la misma.

Destaca que pocas familias tienen aparatos electrodomésticos pese a su experiencia migratoria, algunos han referido al respecto que los han tenido anteriormente pero que en Ocoatepec esos aparatos se descomponen fácilmente por las descargas eléctricas que generan los rayos durante las tormentas. Todas las familias usan fogón de tierra, algunas a la par que usan la estufa de gas. Únicamente Antonia tiene una casa donde las recámaras están divididas de la pieza principal por paredes de block, como consecuencia de su experiencia laboral como empleada doméstica.

Mapa 3: Croquis de localización de los domicilios de las familias entrevistadas.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011.

El promedio de hijos vivos por familia es de cuatro. Todas las familias, excepto una, tienen hijos que han resultado de la unión exclusiva de las parejas tal cual viven actualmente. Únicamente Cecilia tuvo un hijo (el mayor) antes de separarse con su esposo. La mayoría de las mujeres, excepto Antonia y Elena, no han experimentado mortalidad infantil o abortos. Antonia tuvo un bebé que nació muerto (venía en posición podálica) y a Elena se le murió un hijo de tos a los veinte días de nacido.

Tabla 9 Composición familiar y edades de los integrantes de las familias entrevistadas

	Madre	Padre	Hijos	Edad al primer embarazo
Cecilia	43	38	18,16,11,14,3	25
Verónica	35	35	13,8,6,3	22
Elena	31	33	16,m1 ²⁶ ,14,12,10,7,6,4	17
Antonia	27	32	m2 ²⁷ , 9, 1	18
Josefa	27	30	9,7,6,3	18
María	18	25	2,1	16

Promedio de edad al primer embarazo: 19.3 años

Fuente: Entrevista socioantropológica, Ocoatepec, México, 2010.

Cada familia tiene un promedio de 6.5 integrantes aunque el promedio de hijos por familia es de 4, esto se debe a que en dos familias hay otros familiares cercanos viviendo en la misma casa (Cecilia y Verónica). Las familias más pequeñas tienen dos hijos, la de Antonia así lo ha decidido pero en la de María se explica por su juventud, es probable que tenga más hijos en un futuro pues durante el trabajo de campo estaba embarazada de su tercer bebé. Cecilia empezó a planificar con su tercer hijo pero aún así tuvo dos más, aunque el último con una distancia de ocho años respecto a su hermana anterior. Josefa está planificando aunque no descarta tener más hijos en el futuro. Elena dice que estaba planificando y no se explica su embarazo actual, está pensando ligarse porque ya no quiere más. Verónica dice que no planifica, que en ella es natural tener hijos con espacios intergenésicos de dos o más años.

Tabla 10 Composición y estructura familiar

	Cecilia	Verónica	Elena	Antonia	Josefa	María	Total
Miembros de la familia	9	7	9	4	6	4	39
Hijos vivos	5	4	7	2	4	2	24
Hijos nacidos vivos	5	4	7	2	4	2	24
Partos	5	4	8	3	4	2	26
Hijos menores de un año	0	0	0	0	0	0	0
Hijos menores de cinco años	1	1	1	1	1	2	7
Hijos entre 5 y 10 años	0	3	3	1	3	0	10
Hijos mayores de 10 años	4	0	3	0	0	0	7
Hijos muertos menores de 5 años	0	0	1	0	0	0	1
Abortos	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Entrevista socioantropológica, Ocoatepec, México, 2010.

²⁶ El niño murió siendo recién nacido.

²⁷ Refiere la madre que el niño nació muerto, aunque puede sospecharse que haya muerto durante el parto debido a que venía en posición podálica.

Tabla 11 Hijos con desnutrición²⁰ en cada familia al momento del estudio

Familia	No. hijos	Edades	No. De hijos que han padecido desnutrición
Cecilia	5	18,16,14,11,3	Sospecha que todos la padecieron pero sólo el menor ha llevado control nutricional.
Antonia	2	8,1	Dice que sus dos hijas la han padecido pero le cuesta más reconocerlo en su hija menor.
Josefa	4	9,7,6,3	De acuerdo al historial clínico familiar, sus tres primeros hijos han presentado estado nutricional normal. Aunque al revisar el peso de su tercera hija encontramos que en verdad padeció desnutrición leve. Sólo el menor ha sido diagnosticado normalmente (por alguna institución) con Desnutrición.
Elena	7	16,14,12,10,7,6,4	Refiere que sólo a su hijo menor lo pesan cada mes, con sus demás hijos no ocurrió así.
Verónica	4	13,8,6,3	Refiere que todos sus hijos los pesaban cada mes.
María	2	2,1	Sus dos hijos están diagnosticados con Desnutrición moderada.

Fuente: Entrevista socioantropológica, Ocoatepec, México, 2010; y *Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional*, UMR, Ocoatepec, Chiapas, Enero de 2011.

El estado nutricional de los niños no varió sensiblemente durante los meses en que se llevó a cabo el trabajo de campo como lo revela la siguiente tabla:

Tabla 12 Edad y estado nutricional de los niños al inicio y al final del trabajo de campo

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Edad al inicio del trabajo de campo Junio de 2010	Dx- estado nutricional	Edad al final del trabajo de campo Diciembre de 2010	Dx- estado nutricional
Rodrigo	19/06/2007	3 0/12	Moderado/ Talla baja	3 6/12	Moderado/ Talla baja
Brígida	02/03/2009	1 3/12	Leve/ Talla baja	1 9/12	Moderado/ Talla baja
Ignacio	27/06/2007	3 0/12	No disponible	3 6/12	No disponible
Jaime	21/11/2006	3 7/12	En mayo de 2010: Severo/ Talla ligeramente baja	4 1/12	En agosto de 2010: Moderado/ Talla baja
Manuel	09/07/2007	2 11/12	Moderado/ Talla baja	3 5/12	Moderado/ Talla baja
Mariana	29/03/2007	2 2/12	Moderado/ Talla baja	2 8/12	Moderado/ Talla baja
Jorge	24/06/2009	0 11/12	Moderado, Talla baja	1 5/12	Moderado/ Talla baja

Fuente: Entrevista socioantropológica, Ocoatepec, México, 2010; y *Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional*, UMR, Ocoatepec, Chiapas, Enero de 2011.

A continuación presentamos el curso de la desnutrición de los niños contemplados en este trabajo para mostrar algunas inconsistencias y errores en las mediciones que nos parecen deben ser remarcadas pues, al igual que con las actas de defunción, nos llevan a tomar distancia de información que se considera oficial y

²⁸ Las edades en negritas hacen alusión al niño incluido en este estudio; en general, se trata de los más pequeños en cada familia.

como evidencia de la perspectiva biomédica tan importante para este trabajo.

Sin embargo, antes de iniciar el trabajo de campo se consultaron las Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional que maneja la UMR, en ellas pudimos apreciar la evolución del estado nutricional de los niños desde que nacieron, lo resumimos de la siguiente forma: Brígida cayó en desnutrición moderada al octavo mes de vida; Mariana nació con bajo peso y su estado nutricional ha fluctuado entre severo y moderado desde los siete meses; desde la edad de un año con ocho meses se ~~estabilizó~~ en moderado. El estado nutricional de Jaime también ha fluctuado de leve a moderado desde los pocos meses de edad. El de Manuel también ha oscilado entre moderado y severo desde los pocos meses de vida pero desde los dos años con tres meses parece haberse ~~estabilizado~~ en moderado. Rodrigo nació con bajo peso y ha oscilado de moderado a severo desde bebé, ~~estabilizándose~~ en moderado unos meses antes de iniciar el estudio. El caso de Ignacio no podemos fundamentarlo con los datos de la UMR pero puedo señalar que yo lo conocí cuando tenía poco más de un año y dejé de verlo con un poco más de dos años de edad, en ese periodo su estado nutricional era moderado.

Evolución del estado nutricional de los niños durante el periodo de trabajo de campo

Tabla 13 Rodrigo (Hijo de Cecilia y Eliodoro)

Fecha de la valoración	Peso/ talla	Dx Peso para la edad P/T	Dx Talla para la edad T/E
09/06/10	10.700/ 84	DN-MODERADA	TALLA BAJA
20/07/2010	10.200/ 82	DN-MODERADA	TALLA BAJA
16/08/2010	10.500/ 82	DN-MODERADA	TALLA BAJA
19/09/2010	10.500/ 82	DN-MODERADA	TALLA BAJA
18/10/2010	10.500/ 82	DN-MODERADA	TALLA BAJA
17/11/2010	10.500/ 82	DN-MODERADA	TALLA BAJA
20/12/2010	10.500/ 82	DN-MODERADA	TALLA BAJA

Nótese que de un mes a otro disminuyó la talla: error en la medición.

Nótese la disminución importante en el peso de Junio a Julio, de la cual ya no se recupera.

Fuente: Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional, UMR, Ocoatepec, Chiapas, Enero de 2011.

Tabla 14 Brígida (Hija de Antonia y Rogelio)

Fecha de la valoración	Peso/ talla	Dx Peso para la edad P/T	Dx Talla para la edad T/E
¿?/06/10	8.00/ 67	DN LEVE	TALLA BAJA
05/07/2010	7.500/ 67	DN MODERADA	TALLA BAJA
02/08/2010	7.500/ 71	DN MODERADA	TALLA BAJA
06/09/2010	8.00/ 71	DN MODERADA	TALLA BAJA
04/10/2010	7.700/ 71	DN MODERADA	TALLA BAJA
03/11/2010	8.200/ 73	DN MODERADA	TALLA BAJA
06/12/2010	7.500/74	DN MODERADA	TALLA BAJA

Fuente: *Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional*, UMR, Ocoatepec, Chiapas, Enero de 2011.

Consistencia en el incremento de talla

Nótese la disminución importante en el peso de Junio a Julio, que la estanca hasta Agosto; vuelve a bajar en Octubre, se recupera en Noviembre y disminuye nuevamente en Diciembre. Su diagnóstico era más favorable en Junio pero ya no se recupera.

Tabla 15 Ignacio²⁹ (Hijo de Josefa y Antonio)

Fecha de la valoración	Peso/ talla	Dx Peso para la edad P/T	Dx Talla para la edad T/E
¿?/ 09/ 2010	11.200	DN MODERADA	
¿?/ 01/ 2011	12.400	DN LEVE	

Fuente: *Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional*, UMR, Ocoatepec, Chiapas, Enero de 2011

Incremento considerable que permite su recuperación+

Tabla 16 Jaime (Hijo de Elena Ricardo)

Fecha de la valoración	Peso/ talla	Dx Peso para la edad P/T	Dx Talla para la edad T/E
¿?/05/2010	10.500/ 92	DN SEVERA	TALLA LIGERAMENTE BAJA
¿?/08/2010	11.000/ 92	DN MODERADA	TALLA BAJA
DICIEMBRE/ 2010	No aparece en la hoja de control		

Fuente: *Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional*, UMR, Ocoatepec, Chiapas, Enero de 2011.

Poco aumento de peso en seis meses, aunque su Dx de P/T mejora, pasa de Severo a Moderado. Su estatura no incrementa y su talla se vuelve baja para su edad.

Seis meses de diferencia entre una valoración y otra, pese a que su estado nutricional ha sido crítico (Severo). Las valoraciones espaciadas se deben a que Elena ha sido dada de baja de Oportunidades.

²⁹ En varias visitas que se realizaron a la UMR de Ocoatepec, en diciembre de 2010, enero y febrero de 2011, para revisar la hoja de control de peso de Ignacio, ésta no estuvo disponible. La enfermera comenta que esto se debe a que el niño no recibe control en dicha clínica. Josefa dice lo contrario. Por esta razón, los datos que se presentan resultan de la valoración realizada por Visión Mundial. Los datos fueron referidos por la madre del niño.

Tabla 17 Manuel (Hijo de Verónica y José)

Fecha de la valoración	Peso/ talla	Dx Peso para la edad P/T	Dx Talla para la edad T/E
07/06/10	10.500/ 78	DN MODERADA	TALLA BAJA
05/07/2010	11.000/ 80	DN MODERADA	TALLA BAJA
02/08/2010	11.000/ 83	DN MODERADA	TALLA BAJA
06/09/2010	11.000/ 83	DN MODERADA	TALLA BAJA
04/10/2010	11.500/ 83	DN MODERADA	TALLA BAJA
06/12/2010	11.500/ 83	DN MODERADA	TALLA BAJA
11/01/2011	11.500/ 84	DN MODERADA	TALLA BAJA

Incrementó 1 kg y 6 cm en siete meses, pero no son suficientes para corregir su Dx.

Fuente: *Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional*, UMR, Ocoatepec, Chiapas, Enero de 2011.

Tabla 18 Mariana (Hija de María e Ismael)

Fecha de la valoración	Peso/ talla	Dx Peso para la edad P/T	Dx Talla para la edad T/E
07/06/10	9.000/ 67	DN MODERADA	TALLA BAJA
05/07/2010	9.500/ 67	DN MODERADA	TALLA BAJA
02/08/2010	9.800/ 84	DN MODERADA	TALLA BAJA
06/09/2010	9.500/ 84	DN MODERADA	TALLA BAJA
04/10/2010	9.500/ ¿?	DN MODERADA	TALLA BAJA
07/11/2010	10.200/ 80	DN MODERADA	TALLA BAJA
06/12/2010	9.800/ 80	DN MODERADA	TALLA BAJA

Nótese la inconsistencia en la talla, de Julio a Agosto incrementa súbitamente 17 cm, y baja 4 en Noviembre: errores en la medición. Fluctuaciones importantes en el peso (bajas importantes de las cuales le cuesta recuperarse). Incrementa 800 gr en seis meses.

Fuente: *Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional*, UMR, Ocoatepec, 2011.

Tabla 19 Jorge (Hijo de María e Ismael)

Fecha de la valoración	Peso/ talla	Dx Peso para la edad P/T	Dx Talla para la edad T/E
09/06/10	7.600/ 62	DN MODERADA	TALLA BAJA
05/07/2010	7.800/ 63	DN MODERADA	TALLA BAJA
02/08/2010	8.800/ 73	DN LEVE	TALLA BAJA
06/09/2010	8.000/ 73	DN LEVE	TALLA BAJA
04/10/2010	8.200/ 73	DN MODERADA	TALLA BAJA
03/11/2010	8.000/ 73	DN MODERADA	TALLA BAJA
06/12/2010	9.000/ 70	DN MODERADA	TALLA BAJA

Nótese el incremento súbito de 10 cm de talla de Junio a Agosto, que baja 3 cm en Diciembre: errores en la medición. Incrementa 1.400 kg en seis meses, que lo han hecho fluctuar de Leve a Moderado, para finalmente estancarse en Moderado.

Fuente: *Gráficas para la Valoración del Estado Nutricional*, UMR, Ocoatepec, Chiapas, Enero de 2011.

De acuerdo con las gráficas sobre el estado de nutricional de los niños, durante el tiempo en que se llevó a cabo este trabajo todos ellos, excepto Ignacio de quien desconocemos el dato, tenían talla baja para su edad lo cual es un indicador de una desnutrición pasada o crónica, y bajo peso para su edad lo cual habla de la agudeza del padecimiento en tiempo presente. Las inconsistencias que observamos en las mediciones de talla sobretodo, pueden explicarse, en parte, debido a que en ocasiones la valoración la hace la enfermera y a veces el auxiliar rural y podrían haber variaciones en la técnica.

Estos cuadros fueron elaborados para evidenciar que es difícil basarse estrictamente en las mediciones de la UMR que representa a IMSS-Oportunidades para valorar el estado nutricional de los niños, algo similar a lo que sucedía con las actas de defunción, elementos que podrían incidir en el panorama epidemiológico de la localidad y del municipio pues no son fuentes fidedignas de información, hay subregistro o sobregistro de enfermedades y muertes, así como un registro del estado nutricional poco fiable.

En un trabajo posterior sería importante llevar a cabo la valoración antropométrica como parte de la investigación para conocer de forma exacta el estado nutricional del niño. De momento es suficiente saber que estos, con todo y las inconsistencias aquí presentadas, han sido diagnosticados con desnutrición moderada desde muy pequeños, muchos incluso nacieron con bajo peso, y que su cuadro se mantenido prácticamente igual desde entonces y ninguno ha mostrado una recuperación significativa y si la han tenido ha sido temporal pues han recaído. De momento nos situamos en la perspectiva *emic* para conocer cómo viven los zoques esta enfermedad, cómo se la representan, cómo consideran ellos apropiado atenderla o en qué casos hacerlo, así como para saber cómo se la explican y hasta qué punto sienten que pueden incidir en las causas que ellos identifican, una de las cuales apunta al proceso alimentario justamente, elementos que iremos explorando en los siguientes capítulos.

CAPITULO III: REPRESENTACIONES SOCIALES ACERCA DE LA DESNUTRICIÓN

Para entender cómo la gente actúa en su vida, hay que ver cuál es el significado que la gente pone en su universo+
Denise Jodelet (en Esparza, 2003)

En este capítulo se analizan las representaciones sociales que las madres y los padres de familia de Ocoatepec que tienen niños que han sido diagnosticados con desnutrición por la Unidad Médica Rural de la localidad tienen respecto a la desnutrición infantil. Estas representaciones incluyen el reconocimiento de la desnutrición como un problema de salud en la localidad y en sus propios hijos; las causas de la enfermedad, la manera cómo las familias llevan a cabo el diagnóstico; la atención del padecimiento y los tratamientos que consideran pertinentes para curarlo. Además, se han tomado en cuenta las percepciones que las familias tienen sobre los curadores populares y curadores biomédicos³⁰ en torno a la desnutrición. Así mismo, se incluye un apartado donde se reflejan las opiniones de estos padres respecto al papel que juegan diferentes instituciones en la atención al problema, mismas que han incidido en la configuración de las representaciones que las familias tienen sobre la enfermedad pero que se reformulan, reconfiguran y resignifican en cada familia, en cada padre de familia de acuerdo a sus experiencias de vida y al nivel de vinculación que cada uno de

³⁰ En este trabajo se denomina a los médicos, representantes del sector salud, como curadores biomédicos, y a los curanderos, yerberos y parteras como curadores populares y/o tradicionales; esto en consonancia con los modelos de atención a la enfermedad que propone Menéndez (2003). Los curadores biomédicos serían los agentes de la biomedicina o medicina alopática, que se equipara al Modelo Médico Hegemónico (MMH) que para Menéndez se caracteriza por: el biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada y la identificación ideológica con la racionalidad científica. Mientras que los curadores tradicionales o populares serían los representantes del modelo médico subordinado, en el cual se incluyen las prácticas médicas tradicionales y las alternativas, subordinadas al MMH. Este modelo se caracteriza por su concepción globalizadora de los problemas y padecimientos ya que los individuos están íntimamente vinculados e integrados con la sociedad y el ambiente; en consecuencia, las acciones terapéuticas se vinculan a la eficacia simbólica y a la sociabilidad pero con una tendencia pragmática. Al igual que en el MMH también existe asimetría en la relación curador- paciente pero la legitimación de la curación es comunal o grupal.

ellos tiene con dichas instituciones. Estas instituciones trabajan a través de programas de intervención. Los programas que operan en atención a la desnutrición en Ocoteppec son Oportunidades y Desayunos Escolares por el lado gubernamental, Un Kilo de Ayuda (en adelante UKA) y Visión Mundial (en adelante VM), por el lado de las organizaciones no gubernamentales; sin embargo, en este capítulo se trabaja únicamente con Oportunidades en tanto que es el programa que lleva más tiempo trabajando en Ocoteppec.

El papel que juegan estos programas en la localidad trasciende a la desnutrición, como se observará más adelante, pues se han vuelto fuentes de recursos muy importantes para la supervivencia de estas familias, además que su vinculación con las mujeres ha contribuido a la visibilización de éstas como sujetos activos en la atención a la salud y en la gestión de recursos para la supervivencia de la familia, pues ellas en verdad constituyen el primer nivel real de atención³¹ a la salud. Así mismo, la mayor vinculación de las mujeres con instituciones y organizaciones, ha repercutido en una percepción casi diferencial del problema entre hombres y mujeres. El género es un elemento que atraviesa las representaciones y prácticas en torno a la desnutrición infantil en Ocoteppec.

3.1 Qué son las representaciones sociales de la desnutrición

Las representaciones sociales aluden a la manera cómo las personas interpretamos la realidad en que vivimos y le damos sentido a nuestras conductas. La persona, la sociedad y el conocimiento son construcciones sociales que resultan de las interacciones con los otros, del proceso de simbolización de esas relaciones de las cuales somos parte. El ser humano se construye por medio de su vinculación con otros, pero él también es parte activa de esa relación, por lo tanto, también los construye y reconstruye al reinterpretar y resignificar la información que proviene de los ellos en términos de prácticas (acciones

³¹ Siguiendo la propuesta de Modelos Médicos de Menéndez (2003), el primer nivel real de atención, antes que las Unidades Médicas Rurales o Clínicas de salud, se lleva a cabo en el seno doméstico, y es principalmente la mujer en su rol de madre- esposa quien lo encarna. La eficacia de este modelo es pragmática pues sintetiza conocimientos de diferentes modelos que prueba, comprueba y reproduce de manera empírica, aunque está subordinado al MMH y al Modelo Médico Alternativo Subordinado.

concretas) y en términos de prácticas discursivas. Es decir, que el ser humano no es un ente pasivo sino que tiene la facultad de reconfigurar su realidad a partir de las experiencias que se le presentan; en este sentido, las representaciones dan cuenta de esos procesos mediante los cuales los sujetos sociales construyen *su conocimiento cotidiano a partir de la experiencia vivida en el contacto con los otros, con el entorno material, con los eventos que, digamos, tocan la sociedad entera* (Jodelet, en Esparza, 2003: 124-125).

En tanto que los sujetos sociales tenemos intelecto y capacidad de acción, las representaciones sociales sirven de puente entre ambos procesos, cómo el sujeto significa las informaciones que llegan de su entorno, para guiar o darle sentido a su conducta, aunque, cabe aclarar, esta última no tiene una relación lineal con las representaciones. Es por ello que las representaciones no siempre se corresponden con las prácticas, pero *hay una relación en el término de que la representación nos da una visión, una construcción del objeto, que ésta construcción va a permitir actuar de una manera u otra hacia el objeto* (Jodelet, en Esparza, 2003: 125). Las representaciones le dan sentido a la conducta pero también la orientan, así como orientan las relaciones sociales y significan esas relaciones sociales.

Es muy importante dejar en claro que las representaciones en su contenido se componen de elementos que tienen que ver con las informaciones que a la persona le llegan del exterior: los medios, de la información de carácter científica, escolar, de creencias religiosas o tradicionales, de los valores sociales o discursos ideológicos; es por ello que en el marco de la teoría de las representaciones sociales hablaremos del sujeto social como *un sujeto definido por su pertenencia social, en términos de participación y, también, de inserción social, en términos de posición dentro de la sociedad, dentro de las relaciones que existen en los diversos grupos; de posición en términos de relación, digamos de poder, etcétera+* (Jodelet, en Esparza, 2003: 128).

Gracias a las representaciones sociales los seres humanos se explican los diversos fenómenos sociales que les acontecen, muchos de los cuales a veces se

perciben como situaciones ajenas a uno mismo cuando en verdad nos van constituyendo y configurando. La importancia teórica de las representaciones sociales estriba justamente en la capacidad de poder ordenar una serie de creencias, valores, normas e ideologías que las personas tienen acerca de esos procesos sociales, que incluso podríamos denominar su sentido común, *una forma de saber práctico o cotidiano* (Jodelet en: Esparza, 2003), de las cosas, y que muchas veces no son totalmente evidentes para ellos mismos, pues aquello que uno se representa se concibe como algo aparte de sí, algo externo sobre lo cual se podría incidir directamente, aunque no siempre sea así.

Dentro de los fenómenos sociales que las personas buscan explicarse se encuentran los procesos de salud/ enfermedad y muerte. Cada grupo social o cultura procura encontrar los mecanismos para darle sentido a estos procesos vitales, que dejan de ser meramente fenómenos orgánicos o biológicos para situarse como construcciones sociales que incluso configuran la experiencia de la persona en el padecimiento, la experiencia social y subjetiva del enfermar.

La desnutrición es una enfermedad que, como muchas otras, está sujeta a interpretaciones diversas de acuerdo a los referentes que cada grupo social tiene a su respecto. Es una enfermedad nombrada y construida por la medicina alopática y con efectos muy concretos en la vida de la persona, sobre todo en los niños pequeños puesto que tiene repercusiones en el desarrollo ulterior de los mismos, la talla baja para la edad de muchas poblaciones sería una de ellas. Es una enfermedad considerada como problema de salud pública dada la cantidad de niños que la padecen y las condiciones de vida en las cuales están insertos quienes la tienen, y es por ello uno de los problemas de salud sobre los cuales se destinan gran cantidad de recursos por medio de diversos programas que trabajan, principalmente, con las mujeres- madres en tanto que ellas son los principales actores en materia de atención a la salud infantil.

Ocotepec es uno de los municipios de Chiapas donde podemos encontrar que una parte considerable de la población infantil padece desnutrición en algunos de sus grados. La desnutrición en dicha localidad o contexto, es histórica, por ende varias generaciones la han padecido al grado de normalizarla como una de las

condiciones normales de crecimiento y desarrollo de un niño. Pero esta normalización³² no es visible hasta que uno escucha los discursos de las madres y padres de familia, es decir, explora sus representaciones sociales, y observa sus conductas de atención- desatención al problema. No es posible estudiar las representaciones sociales de la desnutrición en Ocotepéc sin prestar atención al discurso de la biomedicina sobre la desnutrición, discurso que las madres han incorporado a su bagaje cultural, a sus representaciones del estado de salud de sus hijos, gracias al contacto con diferentes programas que la atienden con el afán de prevenirla, curarla e incluso, desaparecerla, mismos que toman como referencia el discurso biomédico de lo que es el enfermar y que no tiene que ajustarse precisamente a la experiencia de las familias ocotepecas, como veremos más adelante.

La respuesta social a la presencia y reconocimiento de enfermedades y padecimientos constituye también un hecho cotidiano, pero además necesario para asegurar la producción y reproducción biosocial de cualquier sociedad. En otras palabras, tanto los padecimientos como las acciones respecto de los mismos, constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, por lo cual no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que organizarán un saber para afrontar, convivir, solucionar y a ser posible erradicar los padecimientos. Enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones específicas y especializadas técnicamente, sino como hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías de las cuales sólo una parte se organiza profesionalmente (Menéndez, 2002: 310- 311).

El estudio de las representaciones sociales de la desnutrición entre familias ocotepecas, si bien no explica su causalidad del todo, sí permite acercarnos a la forma cómo las familias la viven y cómo configuran la experiencia de padecerla y de atenderla, pues, indiscutiblemente, las representaciones sociales acerca de la desnutrición tienen un efecto en su atención. Estas representaciones sociales además, no constituyen un referente explicativo del problema a nivel local únicamente sino que nos permiten visualizar cómo una población con determinadas características históricas, económicas, políticas y religiosas

³² La normalización de un padecimiento alude al proceso mediante el cual un determinado grupo social hace parte de su cotidianidad un fenómeno que en otro contexto sería visto como anormal, o que para la biomedicina sería reconocido como una enfermedad.

configura una enfermedad que padecen muchos grupos sociales en el mundo, por consiguiente, dan cuenta de un fenómeno estructural al cual subyace una problemática de mayor nivel que no se circunscribe a los valores o creencias que los ocotepecanos puedan tener a su respecto. En la vida cotidiana la relación entre enfermedad y pobreza es tan directa que a veces no se problematiza o no se reconoce. Por ello llama la atención que estas familias ocotepecanas logran ligar de forma directa un proceso biológico u orgánico, como es la desnutrición, a la pobreza en la cual viven o en la cual sienten que viven; en este sentido, la desnutrición para los propios ocotepecanos se sitúa en la experiencia del padecer y no únicamente en la de enfermar. Es justamente la experiencia de padecer lo que mejor puede explorar las representaciones sociales.

Los sujetos sociales son pues agentes activos en la configuración de sus representaciones sociales, pero éstas, finalmente, son resultado de la vinculación de aquellos con diversos actores sociales, entre ellos situamos a la medicina alopática y a las instituciones y organizaciones de salud, sin por ello soslayar u omitir que los ocotepecanos están generando constantemente explicaciones y formas de atención a otros padecimientos que ellos reconocen como motivos de malestar, mismos que no han sido reconocidos por la biomedicina, hablamos por ejemplo de los Síndromes Culturalmente Delimitados (SCD), que también denominamos las formas localmente reconocidas de enfermar que se han mencionado en el capítulo anterior. Por otro lado, las significaciones y las formas de atención a las otras formas locales de enfermar o SCD, así como las representaciones y formas de atención a los padecimientos reconocidos por la biomedicina son en verdad una resignificación de informaciones diversas que se reconfiguran con cada nueva experiencia, como lo evidenciarán las madres y padres que hablan en este trabajo acerca de la desnutrición.

3.1.1 El reconocimiento de la desnutrición, ¿existe la desnutrición?, ¿qué es?, ¿es un problema de salud para los ocotepecanos?

En términos generales, se aprecia que las madres entrevistadas reconocen que sus hijos tienen desnutrición. Con los padres no ocurre lo mismo, ellos tienen más

dificultades para reconocerla y para hablar de ella. ¿Cómo se da esta diferencia? Es a partir de la vinculación de las madres de familia con los diversos programas que operan en la localidad. Desde la iniciativa gubernamental tenemos al Programa de Desarrollo Humano Oportunidades que lleva poco más de ocho años en Ocoatepec. Este programa trabaja por medio de dos acciones concretas, el control nutricional del niño y la distribución de complementos nutricionales como son la papilla Nutrisano y Nutrivida, la primera se le da a los niños menores de cinco años y la segunda a mujeres embarazadas. El control nutricional tiene el objetivo de detectar a los niños enfermos de desnutrición y los complementos nutricionales pretenden contribuir a la mejora de la alimentación de los niños, no constituyen una fuente de alimento tal cual sino un recurso para reforzar la lactancia materna, la alimentación complementaria y la dieta del niño.

UKA y VM trabajan por medio de pláticas informativas acerca de la prevención y atención de la enfermedad y por medio del control nutricional, este último lo llevan a cabo cada dos meses.

Los tres programas trabajan con las madres de familia, ellas son un objeto de trabajo y se les considera de manera subalterna³³ pues la dinámica de los programas es fomentar la participación pero a partir de que ellas ejecuten una serie de acciones que adquieren el carácter de obligatorio. Todos los programas utilizan listas de asistencia, así como todos tienen mecanismos que generan la participación de las mujeres casi de forma coercitiva, y ninguno de ellos ha tomado en cuenta las opiniones de estas mujeres en el diseño de las estrategias de intervención o, siquiera, en la dinámica de las actividades que llevan a cabo.

Sin embargo, las mujeres acuden a los diversos programas, se inscriben y se adhieren a las dinámicas por estos prescritas con la finalidad de obtener los beneficios que todos estos procuran. En el caso de Oportunidades el beneficio es

³³ Siguiendo a Menéndez (1993), los diversos programas de salud que trabajan con la mujer, la utilizan como un medio de acción terapéutica y tratamiento, lo cual responde a un discurso técnico- ideológico y no a uno de carácter técnico- científico. Por ello es tratada de forma subalterna y subordinada, y no se reconoce que ella en verdad constituye el primer nivel real de atención, es decir, mucho antes de acudir con los profesionales de la salud, en cualquiera de sus tres niveles de atención, ella ya ha tomado decisiones y ha realizado acciones en el seno de su grupo doméstico.

económico, en el caso de UKA es en alimentos y en el caso de VM puede ser de diversos tipos: fogones, material de construcción, etc.

La vinculación que las ocotepecanas tienen con todos estos programas constituye un referente muy importante en la configuración de sus representaciones sociales acerca de la desnutrición infantil, pues además es una enfermedad que han detectado a partir de la presencia de los curadores biomédicos en la localidad. Así mismo, explica la diferencia entre las representaciones de hombres y mujeres. Si bien el género alude al tipo de relación que se da entre hombres y mujeres en un determinado contexto histórico- social, éste también es reforzado gracias a los programas de salud que trabajan con una visión de la mujer como responsable directa de la salud de los hijos, fortaleciendo así las diferencias genéricas de por sí influyentes en la salud infantil. Las diferencias genéricas no se circunscriben a las diferencias entre hombres y mujeres sino que también incluyen las diferencias entre unos hombres y otros hombres; así como entre unas mujeres y otras (Courtenay, 2000), que pueden entenderse en términos de la edad, del estatus socioeconómico, del nivel de monolingüismo o bilingüismo, de la escolaridad y de otras variables socioculturales, y de sus propias experiencias de vida. Estas diferencias se harán evidentes en las representaciones sociales de las y los informantes claves de este trabajo, mismas que iremos explorando familia por familia.

a) Eliodoro y Cecilia

Cecilia dice que se dio cuenta que Rodrigo, su hijo, tenía desnutrición:

%porque no se criaba, está muy flaquito, que no come bien, no se alimenta bien. Ahí es que me doy cuenta que no pesa, no pesa que, digamos, como pesan los que no están desnutridos+ (Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

Cecilia sospecha que también sus hijos mayores sufrieron desnutrición pero, como en el tiempo que ellos eran pequeños no había control nutricional, ella no lo sabía:

%o por mi parte fueron creo, todos fueron desnutrido, namás que uno no se daba cuenta como ahora, ahora los que vienen de otro lado ya están pendientes de los niños y anteriormente nadie se daba cuenta si los niños cómo estaban y ahora ya vienen de otro lado, nos vienen a decir que los niños están desnutrido. Antes nos criamos como sea, tal vez nacían desnutrido, en la segunda mi niña tuve también muy desnutrida pero a mí no me daba cuenta si por qué estaba desnutrida, ahora porque vienen de otro lado ya uno viene a escuchar por qué vienen de desnutridos los chamacos+(Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

En cambio Eliodoro, su esposo, no sabe qué enfermedad tiene su hijo, admite que le preocupa que éste esté en riesgo porque no come bien pero no lo conecta con la desnutrición:

«Así ya no se enferma pero no come bien pues porque le damos comida, agarra nada más poquito; pero su mera enfermedad no lo sabemos que tendrá el niño; hasta hoy no lo sabemos; sí, porque yo veo que; ahorita ya más o menos está creciendo, poquito, aunque sea, pero no lo sabemos su enfermedad, qué enfermedad tendrá» (Entrevista 14 de Octubre de 2010).

b) Antonia y Rogelio

Antonia dice que se dio cuenta que Luvia, su hija mayor, tuvo desnutrición:

«Porque lo miro en la clínica pues, mis hermanas me dicen que a los niños que tienen peso, este, por ejemplo, así a los seis meses, dice, según dice ella, a los seis meses su hijo ya tenía como siete kilos, por eso; y le decían en la clínica que su peso estaba normal, que estaba bien el niño y a la mía no, apenas tenía seis kilos y ya tenía un año, por eso es que me di cuenta allí que estaba desnutrida» (Entrevista, 07 de Octubre de 2010).

Rogelio, su esposo, dice:

«Lo mejor igual, hay algunos los niños que se ven como si fuera bueno y sano y además de allí que le llevan la consulta y ahí sale que es desnutrido; y también se nota pues la persona; por ejemplo, niño o niña, se ve como si fuera enfermo o a lo mejor ni se nota, no se ve que es enfermo pero, pero a la hora, como te digo pues a la mera hora ya te dice el doctor pues tu hijo o tu hija está desnutrida» (Entrevista 11 de Octubre de 2010).

Esto que expresa Rogelio acerca de la apariencia de un niño y el diagnóstico de desnutrición que hace el médico, es uno de los aspectos que a estas familias se les dificulta enlazar en el reconocimiento de la enfermedad pues la constitución del niño está en función de la herencia, todos los padres y madres entrevistados son de talla baja, la mayoría tienen complexión delgada y ellos esperan que sus hijos sean así.

Antonia admite que sus dos hijas han padecido desnutrición pero lo reconoce más en la hija mayor pues le parece que ella presentaba el cuadro clínico de un niño enfermo, mientras que su hija menor tiene la vitalidad de una niña sana:

{Su hija Luvia} «Así era, no le gustaba jugar, no tenía ganas de hacer nada; hasta como ahorita, no le da ganas de hacer nada» {En cambio, Brígida} ella no, es bien, este, le gusta jugar, le gusta hacer todas las cosas» no sé porqué es que está desnutrida ella» (Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Un día que Antonia tuvo plática de Oportunidades le dijeron que un niño con DN se ve triste, que no juega, no llora y se enferma mucho; a ella le dicen que Brígida tiene DN pero ella no cree que sea así porque Brígida ~~es~~ muy viva, juega, casi no se enferma y come+. No entiende por qué su hija tiene DN (Diario de campo, 22 de Noviembre de 2010). Las madres de familia son capaces de reformular la información que les proporcionan diversos actores sociales y por ello Antonia puede cuestionar lo que los curadores biomédicos le dicen acerca de la desnutrición. Es comprensible que Antonia desconfíe del diagnóstico de desnutrición en su hija menor si el nivel de actividad y de disposición para aprender de la niña no se corresponde con la imagen de un niño enfermo. Antonia es un ejemplo claro del papel activo que juega la mujer en el diagnóstico del estado de salud del niño, pero sobre todo, de la capacidad que tienen las mujeres de resignificar un problema de salud a partir de las experiencias que van teniendo con cada evento de enfermedad de sus hijos. Antonia no es un sujeto pasivo aceptando el diagnóstico médico sin criticarlo o ponerlo en duda; por el contrario, se atreve a cuestionarlo e incluso lo reprueba para el caso de su hija menor, no así de la mayor. Su reprobación no estriba en una opinión al azar o de un apego sistemático a creencias locales acerca de la salud infantil, sino de su propia experiencia de criar a dos hijas tan diferentes.

La discusión acerca de si sus hijas tienen o no desnutrición se anuda con la normalización del padecimiento en la localidad, como ella expresa ~~que~~ aquí de por sí hay muchos niños desnutridos, de por sí hay, casi la mayoría así tiene a sus hijos desnutridos+(Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Rogelio, al igual que su esposa, Antonia, lo puede apreciar más en su hija Luvia, no así en Brígida, a quien considera ~~abusada~~+, mientras que la primera:

~~Pues~~ yo pienso que sí pues, por ejemplo Luvia es, es una persona desnutrida porque no, se nota; a lo mejor se transmite por nuestras madres, por nuestras padresõ entiendo así {õ } yo te digo que sí tiene, tiene enfermedad de eso, a lo mejor también nosotros así como está creciendo Luvia, a lo mejor empezó, como antes no había dónde llevar, por ejemplo, la clínica, dónde nos acudimos, nuestras mamás no, no nos llevan, no lo sabemos qué enfermedad tenemos; en cambio ~~horita~~ ya sabemos por qué nuestras familias es desnutrida+(Entrevista 11 de Octubre de 2010).

Para Rogelio es muy importante la presencia de la UMR en la localidad pues ha servido para que ellos puedan reconocer la enfermedad, para que ellos sepan+lo que antes desconocían. Sin embargo, también sugiere que la herencia juega un papel importante en la constitución de los hijos, si los padres son delgados, los hijos serán delgados también. Él sospecha que pudo haber sufrido desnutrición en su infancia pero su madre no lo sabía, en cambio ahora él ya sabe gracias a la clínica. Es importante señalar que Rogelio fue promotor de salud alguna vez y que es el padre con mayor nivel de escolaridad (prepa terminada) del estudio. Estos dos factores seguramente han facilitado que él adquiera conocimiento sobre la desnutrición, aunque él, al igual que Antonia, su esposa, reformula dicho conocimiento o información para hacerse un juicio propio. Por ello acepta que su hija Luvia estuvo enferma de desnutrición cuando era más pequeña y hasta la fecha, mientras que se le dificulta aceptarlo en su hija menor, Brígida. Sin embargo, expresa algo más sobre la desnutrición: *“pues aquí casi la mayoría de la gente hay así que son desnutridos+”*. Esto puede explicarse de dos formas, la primera es que Rogelio ha aprendido a reconocer una enfermedad que antes era invisibilizada en Ocoteppec, pero, en segundo lugar, este reconocimiento tampoco se escapa de ser normalizado, y en esta normalización, repito, tiene mucho qué ver la percepción que los ocoteppecanos tienen del crecimiento y desarrollo normal de un niño. Antonia y Rogelio son el ejemplo más claro de que el estado de salud del niño toma en cuenta el desempeño intelectual y la vitalidad del mismo más que su peso. Y esto es congruente con lo que la mayoría de las madres y algunos padres han expresado acerca de sus hijos: que detectan que están enfermos porque no quieren comer, es decir, la iniciativa de alimentarse o el impulso de vivir, que podemos denominar vitalidad, es un signo de suma importancia para determinar el estado de salud del niño más que el tamaño o constitución del mismo.

c) Josefa y Antonio

Josefa dice que aunque en la clínica ya pesan a su hijo cada seis meses (lo cual

sugeriría que Ignacio ya no está desnutrido), en UKA sigue saliendo en rojo.³⁴ Ella cree que su hijo sí está desnutrido porque no come+, además que su hijo ha sido muy enfermizo desde que nació (Entrevista 14 de Septiembre de 2010).

Antonio, su esposo, dice que no sabe si hay desnutrición en Ocoatepec, tampoco sabe de qué se trata esta enfermedad aunque sí tiene conocimiento de que su hijo es pesado cada mes en la clínica pero no sabe por qué o para qué. Antonio pasa la mayor parte del año fuera de Ocoatepec porque trabaja en otras ciudades del país como albañil, esto le impide seguir de cerca el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

d) Elena y Ricardo

Ricardo, esposo de Elena, admite que su hijo tiene desnutrición porque le falta el peso+ y porque hay veces no come+, aunque lo mantengan³⁵ come poco. Sin embargo, Jaime, su hijo, no sólo tiene el diagnóstico de desnutrición sino que tiene un problema en uno de sus pies que le impide caminar, el niño puede desplazarse pero de rodillas y lo hace con habilidad. Las conversaciones con Elena y Ricardo denotan que existe más preocupación por el problema del pie de su hijo que por la desnutrición; aunque el niño nació con bajo peso:

h, cuando era bebé ésa es nada más la enfermedad que tenía, no tiene otra enfermedad y el, la enfermedad que tenía no puede caminar, esa es la enfermedad+ (Ricardo, Entrevista 12 de Octubre de 2010).

Así que, aunque ambos admiten que Jaime está desnutrido, la verdadera enfermedad que su hijo tiene es que no puede caminar+. Es decir, que el niño no es tan funcional como otros niños, por ello tienen que estar pendientes de él y por ello también no lo han enviado al kínder. Podemos interpretar que esta preocupación de Elena y Ricardo por la discapacidad de su hijo es un equivalente

³⁴ Las cartillas nutricionales que maneja UKA contienen una gráfica de crecimiento y desarrollo en la cual se aprecia la evolución del estado nutricional del niño representado en tres colores. El verde corresponde al estado nutricional normal, el amarillo a la desnutrición leve y el rojo a la desnutrición moderada y severa. Esta valoración se realiza tomando en cuenta el criterio peso para la edad P/E.

³⁵ En varias regiones de Chiapas mantener a un niño significa darle de comer en la boca.

a la preocupación de otros padres y madres porque sus hijos no comen. Además, hay que tener en cuenta que Ricardo dice que a su hijo ~~le~~ falta el peso+, es decir, refuerza el discurso médico que indica que los niños desnutridos no pesan lo que deben pesar.

e) Verónica y José

Verónica dice que el doctor le ha dicho que su hijo tiene desnutrición porque no come pero ella ve que su hijo sí come, por eso no cree que su hijo tenga esa enfermedad. Ella dice que se siente ~~flaca~~, ~~es~~ natural+ y le gusta estar así; si se pone gorda no va a querer ir al campo a trabajar, su mamá es igual a ella. Dice que dependiendo de cómo sea tu familia (complexión) así serás tú. Por lo tanto, es normal que sus hijos estén flaquitos porque ella es así (Diario de campo, 23 de Noviembre de 2010).

A Verónica se le dificulta reconocer que sus hijos estén enfermos de desnutrición porque la complexión de todos sus hijos es prácticamente la misma, y con seguridad también la complexión de otros niños cercanos a ella es igual. Es decir, existe una normalización de la apariencia de un niño. Además, ella señala algo:

~~que~~ no saben por qué están así desnutridos, dice que sólo cuando están así chiquitos, cumpliendo los cinco años empiezan a comer y ya suben el peso, dice, ya no se enferman+(Entrevista 20 de Septiembre de 2010).

Verónica tiene cuatro hijos y los cuatro han llevado control nutricional mensualmente. Durante el tiempo que yo trabajé como promotora comunitaria de UKA pude constatar que sus dos hijos menores tenían desnutrición; seguramente en la UMR de la localidad le hacían ver esto con frecuencia también. En este sentido, Verónica ha escuchado reiteradamente que sus hijos están enfermos de desnutrición, es factible pensar que ella se ha habituado a escuchar que la desnutrición es una enfermedad muy grave pero, también es posible pensar que ella haya normalizado el padecimiento en tanto que sus cuatro hijos, de haberlo padecido verdaderamente, lo han sobrevivido. Verónica a veces expresaba que su hijo estaba enfermo de desnutrición, y, en otras ocasiones expresó que no lo creía

así. Esta ambivalencia que atisbamos en lo que ella verbaliza también se aprecia en otras madres pero a nivel de incongruencias entre representaciones y prácticas, esto obedece probablemente a la falta de correspondencia entre lo que es un niño enfermo para ellas y lo que el discurso médico dice sobre la desnutrición.

José, esposo de Verónica también piensa que sus hijos no están desnutridos aunque a su esposa le digan lo contrario en la clínica.

f) María e Ismael

María, ha expresado que su hija ~~de~~ por sí está desnutrida+ y que ~~su~~ hija sigue comiendo pero nunca sube el peso+ (Entrevista, 22 de septiembre de 2010). Ella es la menor de todas las madres de familia, tiene 19 años, dos hijos diagnosticados con desnutrición y está embarazada, es analfabeta y monolingüe. En ella también se refleja la normalización del padecimiento. La exigencia del sector médico es que los niños con desnutrición suban de peso, pero María no ve tal incremento en su hija pese a que ésta come, o al menos, ella se representa que su hija come. La discusión de la calidad de la alimentación se tratará en otro apartado.

Cuando se le preguntó a Ismael, su esposo, acerca del peso de sus hijos él respondió que ~~está~~ bien+, que sus niños ~~así~~ son de por sí, normal+, ~~así~~ nacieron+. ~~Está~~ bien que estén flacos+, ~~gordos~~, no+ (Entrevista 15 de Diciembre de 2010); pero no explica por qué es mejor que estén flacos. Evidentemente Ismael no reconoce que sus hijos tienen desnutrición y mucho menos que es de tipo moderada, es decir, crónica; él dijo que sabía que sus hijos asistían cada mes a consulta a la clínica pero no sabía por qué ni para qué. Ismael fue el padre de familia del cual se obtuvo menos información.

Como se ha podido apreciar hasta este punto Cecilia, Antonia, Josefa y Elena reconocen que sus hijos tienen desnutrición infantil, ellas dicen que se dan cuenta que sus hijos están enfermos porque ~~no~~ comen+. Verónica y María dicen que ~~sus~~ hijos comen+ pero que no suben de peso. Las cuatro primeras se expresan en

español en las entrevistas; las últimas dos se expresaron siempre en zoque. Las seis llevan a cabo las acciones que demandan los programas a los cuales están inscritas pero la manera en cómo resignifican la información sobre la desnutrición infantil y cómo reconfiguran la experiencia del padecimiento es diferente.

En términos generales, estas madres utilizan dos elementos para darse cuenta que sus hijos están enfermos de desnutrición, uno de ellos es la falta de apetito y el otro es la falta de peso. El primer signo es mucho más evidente que el segundo, aunque el segundo es un referente práctico que escuchan frecuentemente en las citas de control nutricional, la persona que toma el peso de sus hijos les dice que éste pesa normal o que no pesa lo que debería pesar, que subió de peso o que bajó. Aunque el peso es un referente práctico, su manejo no es sencillo pues en verdad su valoración es abstracta, ni siquiera el médico lo maneja en su totalidad pues tiene que consultar la tabla de referencias para determinar el estado nutricional del niño. En consecuencia, determinar que un niño tiene o no desnutrición no depende expresamente del diagnóstico que haga la madre, o el padre, a partir de los criterios que ellos puedan utilizar sino que requiere de la valoración del médico, como también lo ha expresado Rogelio.

Resalta que para estas madres y padres de familia, la condición de enfermo o sano en sus hijos está en correspondencia con su vitalidad o vigor, más que con el peso o talla que los curadores biomédicos enfatizan, aunque esto no sustrae a las familias de aceptar el diagnóstico que los últimos hacen. Lo que ha sucedido con la desnutrición histórica es que ha generado que las familias se acostumbren a ella, que la normalicen. Esto nos hace pensar en lo que dice Menéndez:

Debido a que los padecimientos constituyen hechos cotidianos y recurrentes (ó) los conjuntos sociales tienen necesidad de construir significados sociales colectivos respecto de al menos algunos de estos padecimientos para poder explicarlos, solucionarlos o convivir con ellos. Pueden inclusive resignificarlos para convertirlos en parte «normalizada» de sus formas de vida, o transformarlos en otro tipo de entidades no asumidas como enfermedades+(Menéndez, 2002: 310- 311).

La normalización de la desnutrición es un producto social, pero cada una de las madres la resignifica de acuerdo a sus experiencias. La presencia de la medicina alopática ha sido fundamental en el reconocimiento de la desnutrición como un problema de salud infantil, sobre todo para las mujeres ocotepicanas.

Independientemente del grado de aceptación del diagnóstico de desnutrición que les hacen a sus hijos, la palabra desnutrición ya es parte de su bagaje cultural, así como el peso, pues todas lo aludieron, lo que sucede es que cada una de ellas procura dotar de contenido o de sentido, de acuerdo a su propia experiencia, a ese diagnóstico que los curadores le comunican.

En consecuencia, parecería que, aunque existe un reconocimiento de la desnutrición de sus hijos y, por lo consiguiente, una aceptación del diagnóstico de los agentes biomédicos (promotores, enfermeras, médicos y otros servidores en representación de la biomedicina), lo que genera mayor preocupación en los padres no es el bajo peso de sus hijos o la constitución de los mismos, sino su renuencia a comer que les resta vitalidad o disposición hacia una función vital. La constitución de los niños podría ser la explicación a la normalización del padecimiento, pues el reconocimiento de la desnutrición es resultado de las acciones biomédicas de las cuales son objeto las madres de familia, por ello se entiende que sean ellas quienes han hablado más sobre la enfermedad, este punto es de suma importancia pues las diferencias en las representaciones de mujeres y hombres acerca de la desnutrición tendrán repercusión en su atención. Aunque ahora el problema ya no es invisible, la normalización sigue operando debido a que los padres esperan que sus hijos sean como son ellos en constitución y tamaño; y también porque las ocotepecanas, y algunos ocotepecanos, han visto que sus hijos, con todo y el diagnóstico de desnutrición, han logrado crecer y desarrollarse. Además, se ha normalizado porque la mayoría vive en condiciones similares contra las cuales no pueden hacer gran cosa, y que ellos interpretan como causas de la enfermedad, esto lo analizaremos en el siguiente apartado.

3.1.2 Representaciones sociales de las causas de la desnutrición. Desnutrición y pobreza. Desnutrición y descuido.

Nuevamente en la explicación de las causas de la desnutrición son las madres quienes tienen más información. La mayoría de los padres, excepto Rogelio Y Ricardo, expresaron que no sabían qué causaba la desnutrición. De las madres,

Verónica y María fueron quienes refirieron que no sabían qué la ocasionaba. Verónica dice que quiénes lo saben son el médico y la enfermera pues ellos pesan al niño; mientras que María dice que, aunque su hija come, no sube de peso, es decir, aunque le dicen que los niños se desnutren por no comer, ella no puede aseverarlo pues su hija está desnutrida pero ella la ve comer. Las características de la alimentación se discutirán en el próximo capítulo.

Podemos apreciar que la desnutrición tiene dos principales causas, la primera se debe a la pobreza que les impide adquirir los alimentos y vitaminas necesarias para coadyuvar a la salud del niño; y la segunda se debe al descuido, que se traduce en una alimentación inadecuada desde el embarazo y la falta de atención y malos hábitos alimenticios cuando el niño ha nacido. La primera causa está fuera de la voluntad de los padres, o de su responsabilidad, mientras que la segunda sí son acciones más deliberadas que incluso muchas mujeres ocoatepecanas que no tienen hijos con desnutrición juzgan.

Algunas madres y padres reconocen ambas causas, otros sólo una de ellas. Cecilia por ejemplo, reconoce ambas:

• +vivimos en una situación, que no podemos, que no encontramos mucho dinero para mantener bien a los niños, para comprar las cosas, lo poco que ganamos no nos alcanza{• } Cuando estamos embarazadas no nos alimentamos bien, no nos cuidamos bien y ya naciendo la criatura, ya cuando estamos embarazadas no nos alimentamos bien que cuando tengamos en el vientre, ya después cuando nace el niño ya desnutrido ya de ahí namás le damos puro pecho que no lo damos así como a otros lados que le dan de recién nacido así las comidas todo y nosotros no, puro pecho y ahí es que se desnutre+(Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

Como yo ya estaba grande cuando yo tuve el chamaco y no me cuidé bien que digamos que yo me desalimenté, no me alimenté bien, ya de ahí nació desnutrido porque ya cuando tenía 40 años cuando tuve mi criatura...+(Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

Ella, en primera instancia, reconoce como causa a un factor que está fuera de su alcance como es la pobreza; en segundo lugar, admite que los malos hábitos alimenticios de la madre embarazada y la lactancia exclusiva también influyen; en tercera instancia, lo atribuye a su edad. Para Cecilia la edad a la cual tuvo a su hijo influye tanto en el nacimiento prematuro, que de entrada lo hace vulnerable, como en su poca disposición para atender a su hijo pues ella ya se sentía cansada, ya no quería más hijos. Dice que con Rodrigo sufrió mucho, ya no

quería cuidarlo+, por ello, %le dio parte a su marido y a su muchacha+(hija mayor) para que lo cuidaran. Ellos lo alimentaban y atendían si lloraba de noche o si había que llevarlo a la clínica. Ella ya no quería, se cansaba, piensa que debido a que hacía tiempo no tenía hijos %perdió la costumbre+. (Entrevista 26 de Agosto de 2010). Aunque Cervina reconoce bien las tres primeras causas de la desnutrición de su hijo; mismas que tendrían un efecto tanto en el estado nutricional de Rodrigo al nacer, como en su desarrollo y crecimiento, pues el niño nace con bajo peso pero hasta sus tres años de edad, su condición, en términos nutrimentales, sigue siendo aguda. El descuido generado por su poca disposición para atenderlo refuerza las tres primeras causas que ella mencionó.

Antonia cree que hay desnutrición en Ocotepéc porque:

%no sé si es por el, por el falta de dinero que no hay, a lo mejor, para alimentar bien a los niñosõ hay veces que no lo llevamos al doctor, no sabemos qué es que tiene, no lo vitaminamos, a lo mejor por eso+(Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Josefa dice que la DN ocurre %cuando no se puede cuidar a los niños+; %los niños bajan de peso si no los mantienen+; a los niños hay que lavarles las manos, pues %si no les das bien sus comidas así crecen+; también %cuando se enferman bajan sus pesos+. Dice que supo de la desnutrición por las pláticas en la clínica y en UKA. Siempre lo ha escuchado y dondequiera %le dicen de esos+; nada más que las madres de familia %no lo pueden cuidar a sus hijos+; no los cuidan porque no quieren, no porque tengan trabajo, %aquí las mujeres viven como quieren+ (Entrevista 08 de Diciembre de 2010).

Elena dice que no sabe qué causa la desnutrición de su hijo pero en la clínica le han dicho que se debe a que la embarazada no come adecuadamente. Verónica y María tampoco saben.

Como se puede apreciar, aunque todas las madres tienen diferentes criterios respecto a las causas de la desnutrición la mayoría se esfuerza por explicársela. Las madres que hacen alusión a la falta de cuidados durante el embarazo están reforzando el discurso biomédico que responsabiliza a las madres de que los

niños enfermen; pero ellas también pueden reconocer en el descuido deliberado un factor que afecta la salud del niño. Verónica, aunque no refiere lo mismo que Cecilia, Elena y Josefa, es muy clara cuando dice que quienes saben por qué el niño está desnutrido son los médicos pues ellos lo pesan (Entrevista 20 de Septiembre de 2010); es decir, ella refuerza la autoridad del médico y de la enfermera para determinar el estado de salud de su hijo, aunque, como vimos previamente, a veces Verónica diga que sus hijos no están desnutridos sino que están normales.

Respecto a los padres, Rogelio dice:

“Pues la verdad por la nutrición que se causa es por la falta de las alimentaciones como aquí son gentes pobres pues; hay alguna persona que cuando enferman su, sus familias pues, sus hijos y no hay con qué comprar medicina, pues a lo mejor no cuidan y pues ahí se está causando la desnutrición sí” (Entrevista, 11 de Octubre de 2010).

Ricardo dice: “Pues la verdad no sabemos {por qué}; por el descuido pué también; por las familia que también, uno no cuida pué” (Entrevista, 12 de Octubre de 2010).

Los demás padres de familia respondieron que desconocían las causas de la desnutrición. Rogelio la atribuye a factores externos a su voluntad y Ricardo al descuido, sus representaciones se corresponden con las que refirieron las madres de familia. Ahora bien, qué relación existe entre las causas de la desnutrición y las formas en que estas personas realizan el diagnóstico, ¿se corresponden o no? Esto podría aclarar aún más nuestra comprensión de la fenomenología de la desnutrición para las familias ocoatepecanas. Lo veremos en el siguiente apartado.

3.1.3 Quién realiza el diagnóstico y qué elementos toma en cuenta. Niño sano vs niño enfermo.

Como hemos visto en los apartados anteriores, el discurso biomédico trasluce en las representaciones sociales acerca de la desnutrición pero dicho discurso no es aprehendido por todas las personas de la misma forma. Las representaciones de las mujeres reflejan que en ellas hay mayor influencia porque son ellas las que

tienen el trato directo con los promotores de salud de UKA y VM, con el médico, la enfermera y la auxiliar de la clínica de la localidad. De los hombres, sólo Rogelio ha tenido vinculación formal y ha recibido instrucción con orientación biomédica.

Los padres saben menos de la desnutrición pero sí saben respecto a otros padecimientos de sus hijos, sí saben detectar anomalías en los mismos, aunque no se relacionen directamente con el bajo peso o la baja talla. Todos los padres respondieron que no sabían cómo se veía un niño con desnutrición. Únicamente Rogelio dijo que es probable que un niño esté desnutrido aunque se vea bueno y sano, por eso quien determina el diagnóstico en primera instancia es el médico, el especialista en desnutrición, quien por su formación tiene autoridad para hacerlo. Ricardo dijo que se dio cuenta que su hijo estaba desnutrido porque ~~no~~ agarraba la comida+. Estos padres acuden a diferentes modos de diagnosticar la desnutrición; uno se basa estrictamente en lo que diga el médico y, el otro, en un signo observable en su hijo.

De igual forma, las madres ocoztepecanas tienen sus maneras de diagnosticar a sus hijos de diversas enfermedades, ¿se corresponden estos diagnósticos con la desnutrición que, según el discurso biomédico, vulnera a los niños?

Cecilia tiene sus criterios para detectar a un niño desnutrido, nos dice:

«Cuando un niño está desnutrido se enferma, le da flojera, no le da ganas de jugar, no le da ganas, hay veces si le das su jugueto, si le das de comer se molesta, puro llorón hace y se enferma cada rato. Ahí es que me doy cuenta que el niño está desnutrido+ (Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

No obstante, aunque ella tiene sus criterios que atienden al estado de ánimo y vitalidad del niño, hay otros que son más abstractos, como el peso y la talla, que son de manejo exclusivo de los agentes biomédicos:

«En la clínica le empiezan a pesar, a medir, si cuánto pesa, cuánto mide, la criatura si está, cuando es desnutrido no pesa normal porque el niño cuando no está desnutrido el niño está, pesa normal comoõ no sé cómo es que pese pero ahí se da cuenta la doctora cómo es que cuando un niño desnutrido y cuando no están desnutridos+(Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

Cecilia desconoce la técnica para medir y pesar a un niño, pues es una actividad que sólo realizan los representantes de la biomedicina, un conocimiento vedado a

las madres y por ello, hasta cierto punto, ajeno a ellas ya que no pueden medirlo por sí mismas o dimensionarlo claramente. Ellas sólo pueden hacerse un juicio cuando les dicen que su hijo subió o bajó de peso, porque ellas saben que el niño debe subir de peso cada mes, pero cuánto o hasta cuánto, eso no es fácil de saber; menos aún cuando los criterios de las madres y padres de familia ocoatepecanos no se basan en el peso o en la talla para determinar el estado nutricional de los niños.

Antonia, por ejemplo, utiliza otros criterios:

Porque se mira su cara, así bien, como, como que estuviera enfermo, bien triste, bien así, flaquito, bien, también su cuerpo cuando uno lo va tocar se siente bien suavcita. Cuando un niño, cuando un niño está así normal y así sano, se mira bien, bien de su cu, por ejemplo, su cuerpo se mira bien, este, cuando uno lo va tocar, lo toca bien fuerte, bien macizo y no se mira así bien delicado; y los niños que están desnutridos como que no les da ganas de jugar, no les da ganas de hacer nada; los niños que están sanos sí. Por eso es que yo me doy cuenta+ (Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Josefa dice que se ha dado cuenta que su hijo está desnutrido porque no come+ Verónica, por el contrario, muestra una cierta ambivalencia respecto al reconocimiento de la desnutrición y ello estriba, en buena parte, en sus representaciones del niño sano y el niño enfermo. Por un lado, ella dice que su hijo no sube de peso aunque come. Aunque no lo expresa en términos de causalidad específicamente, ella también reconoce que cada vez que su hijo enferma de diarrea y vómito, lo cual parece ser frecuente, baja de peso y ya no se recupera con facilidad (Entrevista, 20 de Septiembre de 2010). Verónica se da cuenta de que su hijo baja y sube de peso, ese es su marco de referencia para saber el curso de la desnutrición pero cuando se le cuestiona acerca de la constitución de sus hijos (de su complexión y tamaño) ella dice que ellos están normales, ellos son como ella: flacos (Entrevista, 20 de Noviembre de 2010). El médico le ha dicho a Verónica que su hijo tiene DN porque no come pero ella ve que su hijo come, algo similar a lo que expresa María, esto también influye en el reconocimiento o no del padecimiento y en la forma en que las madres hacen el diagnóstico de un niño enfermo. La desnutrición es una enfermedad que presenta dificultades para que las madres la identifiquen y detecten con claridad, pues los

criterios que médicos y enfermeras utilizan no son aprehendidos totalmente por las madres. Los médicos dicen que al niño le falta peso pero no les enseñan a las mujeres cuál es el peso ideal ni por qué. Esto podría estar complicando el diagnóstico de desnutrición en tanto que algunas madres como Verónica, María y Antonia perciben que la constitución de sus hijos es normal, porque además, la mayoría de los niños del estudio llevaban más de un año con el diagnóstico de desnutrición moderada, es decir, era una condición crónica a la que seguramente varios de ellos ya se han adaptado, y por lo tanto, tiene menos episodios graves o agudos conforme pasa el tiempo y el niño se hace mayor.

Con Antonia ocurre algo similar, por un lado reconoce el curso de la desnutrición en su hija menor, Brígida, sabe por qué su hija sube y baja de peso y ella procura contrarrestar esas bajadas de peso con las acciones que el médico indica, pero éstas no dan resultado y la frustran:

{Brígida} hay veces, sube, y hay veces, baja; por ejemplo, hace un mes lo pesaron, tenía ocho y medio, y este mes como le dio calentura, este, pesó no más, ahora lo llevé hace ocho días; por ejemplo este mes lo llevé, apenas pesó ocho kilos; ya bajó medio kilo me dio tristeza porque ya no lo quiero llevá en la clínica, me estoy cansando de llevar cada rato, cada rato, quisiera yo que subiera ya pero, hay veces, digo, porque yo lo cuido bien, le doy de comer bien y le doy su leche, le doy y, y le doy su vitamina que me lo dan pero no sé porqué es que no sube o al, a lo mejor yo digo que está enferma, tal vez no lo sé ni qué enfermedad pero está enferma pues+(Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Aunque Antonia reconoce que su hija sube y baja de peso, parece que esto no es suficiente para diagnosticarla con desnutrición. El caso de Antonia es ejemplar en la elaboración del diagnóstico diferencial de la desnutrición porque ella tiene dos hijas que han sido diagnosticadas; sin embargo, lo reconoce bien en una de ellas, la mayor, con la menor se le dificulta reconocerlo porque no se ajusta a las características de un niño enfermo de desnutrición. Esta contradicción entre lo que dice la biomedicina sobre un niño con desnutrición y lo que ella ve en sus hijas la lleva a cuestionar las acciones del médico y la enfermera, es decir, Antonia presta atención a lo que le dicen pero lo reformula con su experiencia.

Más adelante se analizarán las opiniones de las madres en torno a las acciones que la medicina alopática lleva a cabo en Ocotepéc con el objetivo de atender la

desnutrición infantil. Por lo pronto, es importante señalar que la aceptación de la madre del diagnóstico que el médico le hace a su hijo, y la aceptación y reconocimiento del cuadro clínico que se supone que un niño con desnutrición presenta en su hijo, son elementos importantes a tomar en cuenta en la atención a esta enfermedad. Máxime porque las curas para la desnutrición estriban en acciones que deben llevarse a cabo en el seno doméstico.

Hasta aquí hemos detectado que sólo dos padres tienen criterios para diagnosticar a un niño con desnutrición, mientras que la mayoría de las madres los tienen aunque presenten ciertas diferencias, estos criterios pueden tener incidencia en la atención o en la falta de atención que se le da a la enfermedad. Eso lo veremos en el siguiente apartado.

3.1.4 Representaciones sociales acerca de las formas de atención y tratamiento a la desnutrición infantil. ¿La desnutrición se cura o no?

Toda enfermedad tiene un cuadro clínico particular que permite diferenciarla de otras enfermedades. Todos los grupos sociales tienen sus maneras propias de enfermar pero así también de explicarse las causas y las formas de atender sus males; de igual forma, podemos aseverar que todos los grupos sociales tienen especialistas en la comprensión de los fenómenos que tienen qué ver con el malestar y en la construcción social de lo que es el padecimiento. Todo esto podríamos englobarlo en lo que Kleinman denomina el sistema de atención a la salud:

... In every culture, illness, the responses to it, individuals experiencing it and treating it, and the social institutions relating to it are all systematically interconnected. The totality of these relationships is the health care system. Put somewhat differently, the health care system, like other cultural systems, integrates the health-related components of society. These include patterns of belief about the causes of illness; norms governing choice and evaluation of treatment; socially legitimated statuses, roles, power relationships, interaction settings, and institutions+(Kleinman, 1980: 24).

Para los ocotepecanos, el reconocimiento de la desnutrición infantil está en función de la presencia de la medicina alopática en la localidad. Es por ello que la desnutrición infantil es materia de los curadores biomédicos, ¿pero son ellos los

encargados de atenderla también?, ¿qué recomiendan?, ¿cómo las madres reformulan estas recomendaciones para volverlas acciones concretas, es decir, prácticas de atención? En este apartado analizaremos las representaciones sociales que las madres y los padres de familia tienen acerca de las prácticas de atención a la desnutrición, ya que la desnutrición no tiene otro tratamiento que no sea la mejora de la calidad y la cantidad de alimentación. Las prácticas alimenticias se analizarán en otro capítulo pero es importante ir atisbando algunos elementos desde ahora en el marco de las representaciones de los ocotepicanos, para entender cómo las relacionan con su alimentación, o cómo las resignifican, para construir su propio sistema de atención a la salud en torno a una enfermedad tan frecuente en esa localidad.

Nuevamente son las madres quienes proporcionaron más información respecto a la atención y tratamiento de la desnutrición. Veamos lo que dice cada pareja:

a) Cecilia y Eliodoro

En cuanto a las mujeres, Cecilia nos dice las formas de atención que ella reconoce:

Para atenderle bien, darle de comer y no darle las cosas chácharas así de la calle y darle de comer. Y ahora ya vienen, anteriormente no daban así papillas como leche, y ahora ya viene, ya le dan así como en la escuela, en la clínica ya dan papilla para darle el niño, para que el niño se acabe desnutrición+(Entrevista, 02 de Septiembre de 2010).

Eliodoro dijo que no sabía qué hacer para curar o tratar la desnutrición.

b) Antonia y Rogelio

Rogelio dice:

Pues a lo mejor, yo te digo, pero como son personas casi, casi toda la gente pues son, (õ) están enfermas de la nutrición pues, aunque yo quisiera dar medicina, regalar medicina dar algo, alguna cosita pues, pero como aquí nosotros somos pobre pues, ni con quéõ a lo mejor, yo te digo, pero como yo no, no te puedo dar más según la respuestaõ a lo mejor los que estudiaron de esa enfermedad, lo mejor ellos pueden dar respuesta así concretamente; eso es lo que estoy diciendo+(Entrevista 11 de Octubre de 2010).

Aunque él no sabe qué medicina o qué cosa puede utilizarse, indica que hay especialistas para atender la desnutrición y son ellos quienes pueden recetar un

tratamiento. Así también, habla acerca de la efectividad de los tratamientos o de la posibilidad de curar la desnutrición:

Pues la verdad, pues la verdad, cuando ya está una persona ya desnutrida, a lo mejor ya no vas a recuperar, va a recuperar pero a la mera hora que están dando medecina o alimentación; de ahí vuelve, creo que vuelve a pasar así la desnutrición{õ } hay algunas personas que sí va, por ejemplo, una persona, por ejemplo, la niña o el niño cuando están, está en su desarrollo, a lo mejor sí por la alimentación y por las medecinas, en cambio de nosotros, como somos mayores de personas, a lo mejor ya no se recupera, ya no, es lo que estaba diciendo, es lo que te puedo decir al respecto+(Entrevista, 11 de octubre de 2010).

Para Rogelio, la posibilidad de curación se relaciona con el tipo de tratamiento (medicinas y alimentos) y con la edad de la persona. Un niño en desarrollo es factible de ser curado mientras que un adulto no, por lo cual se puede entender que para Rogelio también los adultos sufren desnutrición, o bien, él puede representarse la desnutrición en los adultos atendiendo a los criterios biomédicos de peso y talla que se materializan en la constitución de las personas. Cuando no se interviene, el niño ya no se va a recuperar; por lo tanto, él reconoce que la desnutrición requiere acciones específicas.

Antonia dice que se deben utilizar:

No creo que las dos cosas, la vitamina y el, el alimento; que comieran a lo mejor, bien; que uno les prepare sus comidas, pues, bien, diferentes cosas así al día {õ } tener así, por ejemplo, tenerlo pues así limpio; limpio que no se ensucie, que su comida que, que le preparamos así bien lavadoõ bien limpio pues y con eso se va subir, porque es, porque por el microbios dicen que hay veces no subenõ o comen cosas que no deberían de comer+(Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Para Antonia también sería importante:

Llevarlo en una consulta y o, o hacerle sus estudios por qué; y los doctores ya les recetan sus vitaminas+(Entrevista 07 de Octubre de 2010).

c) Josefa y Antonio

Josefa no sabe si la desnutrición se puede curar, pero cree que sí; pero ~~es~~ en la clínica donde te van a decir cómo cuidar a los niños+y ~~si~~ lo haces así, sí se tiene que curar+. Ella no cree que la desnutrición deba ser curada en la clínica ~~porque~~ es problema de nosotras+, ~~si~~ nosotras no los cuidamos bien, se bajan de peso+(Entrevista 08 de Diciembre de 2010). Josefa reconoce su responsabilidad que se refleja en el descuido. La curación se logra ~~cu~~idándolo bien+, ~~mantenerlo~~ bien su

comida+, pues %as por falta de su mamá que los niños se ponen desnutridos+. El niño %e debe cuidar bien, no dejarlo solo, mantenerlo bien, darle sus comidas a cada hora porque los niños chiquititos piden su comida a cada rato+. Lo ve con Ignacio que a cada rato le pide comida- dice que %a molesta+ (Entrevista, 08 de Diciembre de 2010). Su esposo dijo que no sabía qué podía utilizarse para atender la desnutrición.

d) Elena y Ricardo

Ricardo expresa:

%ahorita ya, como ya lo damos el medicamento {que les recetaron en UKA} casi, casi le damos a cada rato; por eso ya está más o menos; ya agarra más la comida+ (Entrevista 12 de Octubre de 2010).

El medicamento que le recetaron a su hijo en UKA es hierro para tratar anemia. Ricardo piensa que ese medicamento está haciendo efecto en la desnutrición de su hijo, y efectivamente, el hierro incrementa el apetito en los niños aunque no ha sido diseñado para combatir la desnutrición proteico- calórica. Esto demuestra cómo los padres se representan la efectividad de un tratamiento a partir de su eficacia terapéutica, a partir de la experiencia o de la observación de los efectos que produce, es un saber pragmático (Osorio, 2001).

Elena confunde la atención/ curación con prevención pues considera que la embarazada debe alimentarse bien para que su bebé nazca sano (Entrevista 12 de Octubre de 2010).

e) Verónica y José

Verónica hace lo siguiente:

%dicen que le dan fruta y no sube el peso; si le dan todos los días, si en un día le dan dos o tres come así, dicen si le dan todos los días la manzana o el fruta, así cuando ya comió la fruta, entonces ya le da apetito, ya come el niño, así dice+ (Entrevista 20 de Septiembre de 2010).

Ella ha probado que darle más raciones de fruta a su hijo le despierta el apetito pero la posibilidad de comprarle frutas con frecuencia a su hijo está en función de

sus posibilidades económicas, de las más precarias entre las seis familias del estudio. Verónica también refiere las recomendaciones que le hacen en la clínica:

%dice que les dicen a otros, para que no se caiga en la desnutrición a su hijo o que baje de peso, dicen que le den algunas frutas, para que esté sano, que así le dicen { ò } que el doctor le recomienda que le haga, este, la papilla, que le haga como su yogurth y que le de eso para que el niño no esté desnutrido+(Entrevista, 20 de Septiembre de 2010).

Como se aprecia, las acciones de Verónica en torno a la atención a la DN se corresponden con las recomendaciones del médico y la enfermera. Esto le permite probar la eficacia de las recomendaciones, las cuales no siempre dan resultado, pues su hijo sigue enfermo. Es por ello que ella piensa hacer lo siguiente:

%dice, este, dice que, este, ella piensa buscar algún medicamento o algún medicamento que tiene vitamina para que le recupere el peso o le da más apetito para que el niño coma bien pues, le guste la comida, así piensa ella+(Entrevista, 20 de Septiembre de 2010).

Para Verónica, el signo más importante de la desnutrición es la falta de apetito, no precisamente la apariencia o complexión de su hijo. Es por ello que su prioridad en la atención es la recuperación del apetito. Ella sabe que es posible lograrlo con el consumo de frutas, lo cual ha probado, pero eso también está en función de su economía, al igual que la posibilidad de comprar vitaminas o algún medicamento.

f) María e Ismael

María ha expresado que aunque le da de comer a su hija, ésta no sube de peso. Su esposo respondió que desconocía qué hacer para atender la desnutrición.

Como hemos visto, Cecilia y Antonia refuerzan el discurso de la biomedicina al centrar la atención a la desnutrición con el mejoramiento de la alimentación, con el uso de las papillas y vitaminas, así como con la vigilancia de la higiene. De igual forma, las demás mujeres refuerzan el discurso de la biomedicina en torno a la atención a la desnutrición. Destacan la importancia de la alimentación, que ésta sea variada y rica en frutas; la importancia del uso de complementos nutricionales (papillas) y vitaminas, mismas que el mismo sector salud y las ONGs distribuyen; así como la higiene. Antonia y Josefa relacionan esas tres recomendaciones con el cuidado infantil. El cuidado de un niño estriba en estar al pendiente de sus

necesidades. Por ello, la responsabilidad es de la madre, así lo expresan Josefa y Cecilia. Mientras que Antonia y su esposo Rogelio creen que, aunque podrían sugerir cosas para curar la desnutrición, no tienen dinero, es decir, que la pobreza es un impedimento para atender la desnutrición. En el siguiente capítulo se presentará información que refuerza este punto, pues la atención a la desnutrición estriba principalmente en la atención a la alimentación infantil y ésta está en función, en buena parte, de la economía familiar.

Es importante recalcar también la eficacia pragmática que muestran algunas formas de atención como el uso de vitaminas (Ricardo) y el incremento de las porciones de fruta en la dieta del niño (Verónica). Mientras que hay madres que siguen las recomendaciones del médico y no ven resultados, lo cual las frustra, como Antonia y María. En ambos casos, éxito y frustración, se demuestra que estos padres llevan a cabo acciones para atender a la desnutrición. Pero el éxito de estas acciones parece ser efímero, debido a que los hábitos alimenticios y la pobreza no ayudan; por ello dichas acciones no se realizan constantemente sino de forma eventual, esto nos lleva a sugerir que las familias forzosamente requieren del apoyo gubernamental para paliar carencias históricas.

Las acciones en torno a la desnutrición infantil que el sector salud y las ONGs llevan a cabo en Ocotepc no están exentas de ser evaluadas por las madres de familia. Es por ello que hemos incluido en este análisis las percepciones que las madres tienen acerca de la atención que les proporcionan diversos curadores, así como de la eficacia de las acciones que estos llevan a cabo a través de diversos programas.

3.1.5 ¿Quién entiende la desnutrición y quién la atiende? Desnutrición vs otras enfermedades, curadores biomédicos vs curadores tradicionales.

En las representaciones de las madres de familia acerca de las causas, tratamientos y explicaciones de la desnutrición figuran el discurso biomédico, resignificado y reformulado pero presente. Varias madres de familia y un padre afirman que el reconocimiento de un problema que %de por sí hay+en Ocotepc ha

sido gracias a la presencia de la clínica principalmente; sin embargo, a pesar que la desnutrición ya es un problema visible, sobre el cual se dirigen una serie de acciones por parte de diferentes instituciones, una buena parte de la población infantil la padece. En este sentido, es importante conocer qué opinión tienen las madres y padres de familia al respecto del trabajo que realizan esas instituciones, si ellas consideran que ha sido efectivo, o incluso, si ellas pueden formular propuestas para mejorar esos servicios.

Podemos catalogar a la desnutrición en la dimensión de enfermedad (*disease*) dadas sus manifestaciones somáticas, bajo peso, talla corta, y otros signos clínicos que no vamos a discutir con amplitud en este capítulo, ya que lo que nos importa es explorar la dimensión del padecimiento (*illness*), que hace alusión a los significados que los grupos sociales depositan en ella, cómo la conciben y cómo la viven, así como la dimensión del malestar (*sickness*), la socialización del padecimiento (Young, 1982). En estas categorías del padecimiento entran una serie de elementos que hemos explorado en los apartados previos, cómo las familias se explican las causas de la desnutrición, sus formas de curarla y atenderla. Lo que hemos visto hasta ahora nos hace pensar en la enorme influencia que la biomedicina tiene en la explicación que los ocotepicanos le dan a la fenomenología de esta enfermedad. Sin embargo, uno podría preguntarse si esas representaciones se corresponden directamente con las prácticas de atención, y cómo dichas prácticas de atención a la desnutrición se articulan con la atención de otros padecimientos que la desnutrición favorece, como son las infecciones del sistema respiratorio y las enfermedades diarreicas, por citar algunas. Esta articulación es de suma importancia pues los niños con desnutrición crónica, quienes además constituyen los sujetos de estudio de este trabajo, son vulnerables y por ello enferman recurrentemente. Ya Verónica lo decía: su hijo enferma, baja de peso y le cuesta recuperarse, o a veces ya no se recupera, se trata del círculo vicioso del que hablan nutriólogos y médicos. ¿Qué factor juegan los curadores biomédicos y populares en esta articulación o desarticulación entre desnutrición y enfermedades oportunistas?

Durante el trabajo de campo surgió un elemento de sumo interés. Cuando se interrogaba a madres y padres de familia con cuál curador acudían para atender la desnutrición, la respuesta siempre apuntaba a la figura del médico o la enfermera. Efectivamente, esto sucede, las madres con niños diagnosticados con desnutrición tienen que visitar cada mes la clínica de la localidad para pesar a sus hijos. Hasta finales del año 2010, no siempre eran atendidas por el médico sino que, quien realizaba con mayor frecuencia el control de peso era la auxiliar rural, y en algunos casos la enfermera. En cualquier caso, las madres de familia asocian el control de peso, es decir, la estrategia de atención a la desnutrición más constante, con la clínica de la localidad. En el discurso de madres y padres de familia también aparece que los curadores tradicionales, los curanderos, yerberos y parteras, no atienden la desnutrición pues ellos *no* saben de eso+ (Eliodoro) o *no* dan para eso+(Josefa).

Antonia, por ejemplo, dice que no confía de los curadores populares para atender la DN porque:

no porque lo he llevado ella {su hija Luvia}, también la otra mi hija {Brígida}, así y sí le dan vitaminas. Sólo me dicen, te vamos a dar esta vitamina, con ése ya van a comer, pero no, no comen; ya lo he llevado pues Luvia, ella le dan su vitamina^o le dieron vitamina ése, cómo se llama, eh, una vitamina que le dieron así, una jarabe de, cómo es que es, emulsión de Scott; no sé cómo es, de eso^o de eso le dieron, que con eso va comer pero no come, ella también ya le he dado {señala a Brígida, la menor}+(Entrevista, 07 de Octubre de 2010).

Antonia ha probado el tratamiento que el curador popular le recetó pero no le pareció eficaz, algo similar dice Cecilia:

no por mi parte el doctor, el doctor y cuando no está ahí el doctor, la enfermera, los dos, porque así en particulares³⁶ para llevarle no le dan tratamiento como debe de ser+(Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

Madres y padres de familia reconocen que la desnutrición es materia de los curadores biomédicos. Pero este reconocimiento no es sinónimo de satisfacción o conformidad con el tipo de atención que dichos curadores les dan; por ejemplo, Antonia dice de la enfermera:

³⁶ Las madres y padres de familia de este estudio se referían constantemente a los curadores populares como *particulares* o *particular*.

%lla nada más me dice que yo le dé de comer bien, nada más el suplemento que nos da que le demos y que lo cuidemos bien nada más con eso+(Entrevista 07 de Octubre de 2010).

De la auxiliar rural:

%no me dice nada, nada más me dice que está bajo de peso; nada más eso los que le recomiendan son esos que, por ejemplo, que están más desnutridos, esos sí los pasan la consulta+(Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Del médico:

%sólo me dice que, que, este, que le dé su papilla y que lo cuide bien, que no le vaya a dar cosas de, por ejemplo, cosas, así, totis y este, chicharrines, cosas que no deben de comer; que yo lo alimente bien, que yo le dé manzanas, este o verduras, o así, todo eso me dice que yo le dé, sólo eso { ñ } casi nunca platico con él, sólo cuando estoy embarazada voy+(Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Antonia puede darse cuenta que la atención a los niños es diferencial, a unos los pesan cada mes, que son los desnutridos, y a otros los pesan cada seis meses, lo que están %normales+. Pero dentro de la misma población de niños con desnutrición la atención es diferencial pues hay niños desnutridos y otros %más desnutridos+, es decir, en condiciones más críticas. Antonia no se muestra conforme con la atención que le dan o con lo que le dicen, para ella tendrían que realizarse otras acciones, lo que hacen en la clínica es insuficiente:

%no creo que no porque lo deberían de llevar en un doctor que le hagan algo, por ejemplo, análisis de sangre o que salieran porqué está enfermo, en qué está enfermo; yo creo que por eso. Allá arriba como nada más lo pesan y lo miden, no más porque no tiene su peso normal nos dicen que está desnutrido+(Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Como vimos anteriormente, a Antonia se le dificulta reconocer la desnutrición en su hija menor, Brígida. Antonia tiene su propia forma de diagnosticar la desnutrición, basándose en su experiencia, y admite que, de no ser obligatorio, no llevaría a su hija a control nutricional ni asistiría a las pláticas de Oportunidades. Ella no ve mayor beneficio en esas acciones. Rogelio, su esposo, tiene una opinión diferente de los curadores biomédicos, sin embargo, tampoco cree que sus atenciones tengan impacto a largo plazo:

%pues ahí, los doctores, yo creo que sí, sí, sí te ayudan, la mera hora que va a pesar un niño, o un niña, él te dice está desnutrida, está ayudando el Doctor pero como aquí son gente pobre pues, qué tal que te receta un medicamento que cuesta cien, doscientos pesos, casi no, no le van a comprar; aunque uno le de ahí el medicamento, como te digo pues, como es cada vez que le llevan, cuando hay le dan; el momento que le dan el medicamento, le consume la niña, lo mejor sí

te ayuda, pero después se va el tiempo, en el mes, si ya no te da, no te digo que te ayude+ (Entrevista, 11 de Octubre de 2010).

Para Rogelio, el impacto de la biomedicina en Ocotepec estriba en que les ha permitido reconocer enfermedades que ellos anteriormente desconocían, y aunque también ha contribuido a disminuir la mortalidad infantil, el mayor problema de la localidad es la pobreza que les impide adquirir aquellas cosas que ayudarían a mejorar la salud de los niños.

Josefa también opina que el apoyo que les dan en la clínica es limitado porque nada más les dan la papilla+. José, esposo de Verónica, también dice *que sólo les dicen cómo mantenerlo o más o menos qué dar de comer pero nada más+* (Entrevista, 06 de Octubre de 2010). Únicamente Cecilia y Ricardo, el esposo de Elena, han expresado que sus respectivos hijos han mejorado un poco con los medicamentos que les recetan en la clínica. La mayoría de los padres consideran limitado el impacto del trabajo de la UMR. ¿Sucede lo mismo con la atención a las enfermedades que la desnutrición favorece? El trabajo de campo reveló que no. La mayoría de los padres fueron muy explícitos, la desnutrición se atiende con los curadores biomédicos pero la tos, la diarrea, el vómito y otros males son atendidos con curadores populares, también llamados curanderos o particulares, y parteras. Esto se debe a que la mayoría de los padres perciben mayor eficacia terapéutica en los tratamientos que estos últimos recetan.

Dice Ricardo:

ahí en la clínica llegamos a hacer a consulta pero no dan medicamento bueno {õ } la última vez que se enfermó, hace, hace como dos meses llegó a enfermar y se subió el ombligo; ya no podía, este, ya no podía comer y como que estaba atacando, ya no podía hacer pipí y lo llevamos en la clínica; le dieron medicamento pero no hizo caso; llevamos en particular, ahí no más le daron su medicamentoõ sí se curó; y como esa vez, cuando llegó a enfermar le compramos muchos medicamentos; lo gastamos seiscientos pesos, y con ese medicamento, no sé qué medicamento le dieron y agarró, empezó a agarrar la comida; ahorita come mucho+ (Entrevista 12 de Octubre de 2010).

Antonia explica cómo atiende los padecimientos de sus hijas:

Cómo le curaba la diarrea a Luvia: con *unas pastillas de que me daban el curandero {õ } cuando es por la calentura, me daban unas que se llaman, este, leche de magnesia, así, amarillita, redondita y le daba desenfriolito, con ése se le quitaba; y ella ya le doy, le doy otra cosa, le doy unas pastillitas que le dicen en, enterodar+* (Entrevista 07 de Octubre de 2010).

A Brígida: ~~le~~ doy, cuando, cuando tiene tos le doy, este, unas disprinas chiquititas; con ese se le quita su tos. La calentura también se lo quitan con ése, le doy una temprá chiquita, con ésa+ (Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Efectivamente, durante el trabajo de campo pude apreciar que cuando Brisa enfermó de calentura por el mes de Octubre de 2010, a lo primero que Antonia recurrió fue la autoatención, usó tanto tés de hierbas como alguna pastilla que ya conocía de antemano. Si esto no daba resultado, la llevaba con el ~~se~~ñor de la farmacia+ (curador popular), él le recetaba algún medicamento. Únicamente recibía consulta en la clínica cuando su cita de control nutricional coincidía con que su hija estuviera enferma. Por ejemplo, en enero de 2011 Brígida enfermó de tos. El once de ese mes le tocó cita en la clínica, el médico se percató de la tos y le recetó ambroxol y trimetoprima con sulfa. Al día siguiente Antonia me dijo que el medicamento no estaba haciendo efecto porque la niña seguía tosiendo; yo le dije que esperara un par de días más. Al tercer día me dijo que ya la veía mejor, aunque no me parecía que Antonia estuviera convencida no fue con el curador popular; sin embargo, recurrió a la autoatención dándole té de limón a Brígida, aunado al tratamiento que recetó el médico. Para Antonia, la efectividad del medicamento o tratamiento debe ser evidente a la brevedad posible, aunque implique un costo elevado para su economía:

¿Por qué recurre más a la automedicación o a los curanderos? -~~Es~~ que en la clínica casi no le caen bien los medicamentos que les dan. Porque una vez lo llevé, que tenía bastante calentura, nada más le dieron una suero oral, no se le quitó con eso. Hasta cuando tiene diarrea lo llevo allá, le dan, puro suero oral le dan, no le quitan con eso. Por eso es que no lo llevo, mejor allá {õ } hay veces cuando no se cura con la primera vez que llevamos, llevamos unas dos, tres veces, sí, gastamos como unos 300, porque ese Señor cobra bastante {õ } hay veces cuando se enferma mi hija gastamos pues como unos 400, y cuando no se enferman casi no, no gastamos+ (Entrevista, 07 de Octubre de 2010).

José y Verónica también admitieron que sólo atienden la desnutrición con el médico; todos los demás males de sus hijos son atendidos por la partera o por el particular. María también dice que sus hijos se enferman con frecuencia de diarrea, en esos casos les compra pastillas o inyección; no supo decir cuáles eran los medicamentos que le daba a sus hijos, pero sí admitió que los lleva con don Martín ~~pa~~ra que los punce+ (curación midiendo el pulso). María no lleva a sus hijos a la clínica ni en caso de diarrea ni en caso de tos.

Josefa dice que lo que le da con mayor frecuencia a sus hijos es la calentura. En esos casos, les da ~~la~~ de la clínica+ (lo que suelen darle en la clínica y tiene de reserva en casa). A veces ella misma compra tempra o paracetamol. La diarrea ~~les~~ les da mucho+, sólo cuando se empachan o les cae mal la comida, entonces compra la pastilla o les unta pomadas. Dice que en pocas ocasiones lleva a sus hijos a la clínica (Entrevista, 08 de Diciembre de 2010).

Como se aprecia, todas las familias, excepto la de Cecilia,³⁷ llevan a sus hijos con los curadores populares o particulares en caso de diarrea, calentura, vómito y tos, males que si bien son generados por las condiciones climáticas, de higiene y sanidad, pueden ser más críticos por la desnutrición subyacente. Llama la atención que las madres y los padres de familia han referido que estos curadores populares emplean medicamentos alopáticos que requerirían cierto control en las dosis que se recomiendan, mismas que necesitan de conocimiento técnico que los curadores populares no tienen pues algunos sólo fueron auxiliares de salud o bien tienen algún ~~con~~ especial para curar+. Este elemento, si bien no explica la desnutrición, evidencia la síntesis de dos modelos médicos pues también las madres de familia en la autoatención utilizan medicina alopática aunque las explicaciones de los padecimientos no sean alopáticas precisamente. En este sentido, las madres y padres de familia no desconfían de la medicina alopática sino que no se sienten en total confianza para acudir a los curadores biomédicos debido a otros factores más subjetivos que pragmáticos, además de la poca eficacia que ellos perciben en las recomendaciones o tratamientos que les sugieren aunque, paradójicamente, también los curadores populares receten medicina alopática. También llama la atención los costos tan elevados que tiene la consulta a particulares y que las familias estén dispuestas a hacerlos, lo que sugiere que las familias están preocupadas por el estado de salud de sus hijos.

³⁷ Aunque Cecilia sostiene que recurre más a la clínica que con los curadores populares, es difícil confiar totalmente de lo que dice puesto que su padre es òcostumbreroö, es decir, tiene nociones de cómo curar con hierbas y es huesero. Lo que sí se pudo observar es que ella, al igual que las demás madres de familia, recurre en primera instancia a la autoatención.

Sin embargo, para los padres y madres de familia la etiología de la desnutrición y de los males que ésta favorece es diferente, no hay correlación entre ellos sino una fragmentación. Esos otros males se relacionan más con el clima, revelando pragmatismo en sus diagnósticos pues detectan que los niños son más proclives a enfermar de tos o calentura en tiempo de frío, y que se enferman más de diarrea cuando hace calor, lo cual es congruente. Así mismo, se explican la etiología de algunas enfermedades basándose en las propiedades de los alimentos, lo cual se tratará en el próximo capítulo.

Esta fragmentación genera que la atención a la desnutrición no sea completa pues no existe correspondencia en el tratamiento de algunas enfermedades en los niños y su desnutrición como causa subyacente. El curador popular los atiende en unos casos y el médico en otros; el primero no toma en cuenta la desnutrición pues no es su responsabilidad atenderla, y el segundo no siempre se entera de los episodios de enfermedad del niño; la atención entre unas enfermedades y la que le subyace es diferencial porque diferenciales son sus representaciones, no se han vinculado.

Las madres y los padres de familia parecen confiar en lo que hacen los curadores populares, aunque los tratamientos que recetan sean muy fuertes o costosos, pues lo que quieren es que su hijo se cure lo más pronto posible, por ello recurren a diferentes tratamientos. Como bien lo mencionaron, pueden llegar a gastar varios cientos de pesos porque no consultan una sola vez al curador popular sino tantas como sean necesarias, en ese trance es factible pensar que el niño cambie de tratamiento abruptamente sin dar espacio a que lo recetado previamente surta su efecto. Este proceso forzosamente tendrá algún efecto en la salud del niño, lo cual no vamos a analizar en esta investigación, pero sí es importante tomarlo en cuenta en tanto que devela fallas en el sector salud que carece de impacto en las representaciones de estas familias con niños en estado crítico; esto podría deberse, en parte, a que el sector salud no se da abasto para atender a la gente cuando ésta lo solicita o necesita (la UMR cuenta con un médico y una enfermera para atender a 5,000 personas aproximadamente). Este fenómeno también

sugiere que todas estas familias no son indiferentes a los padecimientos y enfermedades de sus hijos sino todo lo contrario, son agentes activos que se movilizan con la intención de curarlos y procurarles un mejor estado de salud. Los ocotepicanos han normalizado la desnutrición, no así los otros males que generan cuadros clínicos más agudos y complicados, y que los ponen en alerta respecto a la condición de sus hijos. Ciertamente la autoatención no es sinónimo de curación, sin embargo, es el recurso con que ellos cuentan en primera instancia, el más económico pero también el más confiable en tanto que se basa en las experiencias previas.

El hecho de que en las representaciones sociales de la desnutrición de estas familias domine el discurso biomédico, no quiere decir que su confianza en este no pueda cuestionarse; más bien se entiende que esas representaciones son resultado de la constancia en las acciones que los representantes de la biomedicina llevan a cabo en términos de pláticas y control nutricional. Podríamos decir que las madres escuchan algo sobre la desnutrición al menos una vez al mes, cuando sólo acuden a control nutricional en la UMR; de presentarse pláticas de Oportunidades o de UKA o VM, serían más. De igual forma, hemos visto que el control nutricional no les parece suficiente ayuda o apoyo. Así mismo, una de las madres de familia, Antonia, sugirió otras acciones. Es decir, estas madres y padres de familia están procesando la información que les llega y la ponen a prueba con su propia experiencia, se vuelven verdaderos expertos en la atención a los padecimientos infantiles aunque esto no se traduzca en mejoramiento de sus condiciones de salud. Esta agencia de las madres en la atención a la salud infantil también puede concretarse en la evaluación que ellas hacen de las acciones de Oportunidades, lo que trataremos a continuación.

3.1.6 A ocho años de Oportunidades

Las características del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades en torno a la atención a la desnutrición infantil se han tratado en un capítulo anterior. Únicamente señalaremos que se concreta a la toma de peso y talla semestral para

niños con estado nutricional normal, y mensual cuando el niño tiene algún grado de desnutrición; también incluye las pláticas sobre temas de salud, la distribución de la papilla Nutrivida para madres embarazadas y la papilla Nutrisano para niños menores de cinco años. Además, el programa incluye otras acciones como el apoyo económico que se distribuye a mujeres en términos de apoyo para combustibles y alimentos para niños menores de cinco años, más las becas que se otorgan a los niños en edad escolar, todos estos con la finalidad de mejorar la situación económica de las mujeres y fomentar la escolarización de los hijos.

Todas estas acciones que lleva a cabo Oportunidades se relacionan con la figura del médico y de la enfermera, ya que, debido al diseño del programa, son ellos quienes invisten la autoridad, y en consecuencia, pueden, hasta cierto punto, controlar a las mujeres por medio de las actividades que tienen el carácter de obligatorias. Las madres de familia de Ocoatepec son plenamente conscientes de esta situación y admiten que, de no ser obligatorias y de no percibir el beneficio que corresponde a su cumplimiento, no llevarían a cabo tales actividades. En consecuencia, las madres asisten a las pláticas, a sus citas médicas mensuales y a todas las actividades que se les impongan aunque en ocasiones les produzca malestar tener que cumplirlas:

Dice Verónica, acerca del control de peso: *dicen que, que no le ayuda porque es sólo peso, nada más sólo le dicen si no lo lleva el niño, le van a poner falta, como un tipo de amenaza*+(Entrevista, 20 de Septiembre de 2010). María agrega, acerca de las pláticas: *no, es que si no lo llevan en la clínica que lo pese, le ponen falta de la Oportunidad, es por eso, {pero} dice que no le hace caso al control de peso*+(Entrevista, 22 de Septiembre de 2010). En una ocasión que visité a Josefa le pregunté cuánto había pesado Ignacio, su hijo, la última vez, me contestó que no lo sabía porque el día que *le* tocó peso+no pudo llevarlo ella, lo mandó con su hija mayor, quien no prestó atención al peso de su hermanito (Diario de campo, Enero de 2011). En otros apartados hemos visto que Antonia dice que *se* está cansando de llevar cada rato+a su hija a control de peso. El médico de la UMR nos dijo que a Elena le dieron de baja de Oportunidades hace

un año por inasistencias (Diario de campo, Febrero de 2011). Únicamente Cecilia lo considera importante ya que le sirve ~~para~~ darse cuenta cuánto está subiendo su hijo+ (Entrevista, 02 de Septiembre de 2010). Pero esto es a nivel de sus representaciones porque cuando le pregunté cada cuánto pesaban a su hijo ella contestó que cada seis meses ~~porque~~ ya no salía como desnutrido+, mientras que en la hoja de control de Rodrigo aparece que éste ha sido pesado cada mes desde que nació. Además, Cecilia, al igual que Josefa y seguramente otras madres, no asiste siempre a la cita médica de su hijo sino que muchas veces lo manda con alguno de sus hijos, cuando no se le olvida que tenía cita (esto sucedió durante el trabajo de campo).

Qué reflejan los discursos y las acciones de estas mujeres sino que ellas están desarrollando estrategias para hacerse de los beneficios que estos programas procuran pero sin tener que ejecutar las acciones que estos implementan de manera estricta. Este programa requiere del involucramiento de algunas mujeres como vocales para que funcione, dichas vocales no sólo son sus representantes sino que varias de ellas encarnan las acciones del sector salud pues son quienes debido a los cursos de capacitación reciben información constante que las lleva a tomar decisiones que en la localidad todavía no son bien vistas del todo como la planificación familiar, sea ésta temporal (uso de anticonceptivos, DIUs y condones) o definitiva (ligadura de trompas). De nuestras informantes claves, únicamente Cecilia fue vocal de Oportunidades y planificó durante ocho años. Josefa está planificando con pastillas, a Elena le falló el método pero planificó durante cuatro años y Antonia dice que ~~se~~ cuida así nada más+, de manera natural. María y Verónica no utilizan ningún recurso para planificar: la influencia que Oportunidades ha tenido en cada en términos de planificación familiar es diferencial pero ya puede verse.

Volviendo al apoyo económico, uno de los impactos más evidentes de Oportunidades estriba en la visibilización de estas mujeres como sujetos que en verdad aprovechan los recursos que llegan a su localidad por medio de la gestión; pero esta gestión está sujeta a su propia disponibilidad y por ello cumplen de la manera que ellas pueden, no como el programa exige estrictamente. Platicando

con varias mujeres, informantes claves y secundarios, se cae en la cuenta de que ellas tienen sus propias estrategias para hacerse del beneficio que Oportunidades les otorga sin tener que cumplir de manera estricta. Algunas mujeres son migrantes y sólo visitan Ocotepéc cada dos meses con la finalidad de realizar su cobro; otras trabajan y les piden a sus familiares que firmen por ellas, o bien, que lleven a sus hijos a control nutricional; otras tantas migran sin sus hijos, quienes quedan bajo la custodia y tutela de tíos o abuelos, verdaderos beneficiarios de los apoyos; hay casos, incluso, de mujeres que son amigas o familiares de la enfermera o el promotor rural, quienes les perdonan las faltas y les ayudan a mantener su vigencia en el programa sin que cumplan con las acciones del mismo.

Pese a que la relación entre los agentes de Oportunidades y las mujeres es de hegemonía- subalternidad, lo cual se aprecia claramente en sus representaciones acerca de la desnutrición que reflejan una influencia sumamente marcada por el discurso médico, ellas pueden desarrollar estrategias para sustraerse del total dominio del mismo. Esto nos habla acerca de las habilidades que estas mujeres están desarrollando para hacer arreglos y sustraerse del carácter estricto del programa con la finalidad de cumplir sin descuidar otros aspectos de su vida que también son importantes como el trabajo asalariado, el trabajo en sus milpas, los viajes imprevistos y planeados a otras localidades, el cuidado de enfermos, sus propias enfermedades, el trabajo doméstico y una serie de eventos que podrían impedirles cumplir. Sobra decir que no todas las actividades de Oportunidades están planeadas o calendarizadas sino que muchas se comunican de un momento a otro, por lo cual es comprensible que les resulte molesto en tanto que altera su cotidianidad cuando choca con otras actividades que ya habían sido planeadas para ese momento. Uno, casi, se atrevería a pensar que Oportunidades considera que ellas tienen que cumplir en tanto que son sus beneficiarias, como si estas mujeres no tuvieran más qué hacer, pero esto no debería ser así pues ellas tienen trabajo constante. Como pude percatar durante mi trabajo de campo, estas mujeres no siempre tenían la disponibilidad para atenderme pues en verdad su vida está llena de actividades planeadas e imprevistas. En verdad la mujer rural no

es una mujer que permanezca en casa esperando ver qué otra cosa puede hacer su vida más interesante.

Qué opinan los esposos de esto. Rogelio dice que ellos asisten a las pláticas porque si no ~~los~~ ~~ponen~~ ~~falta~~, de lo contrario, tal vez no acudirían. Los demás padres de familia no expresaron nada al respecto. Finalmente, uno puede inferir que ellos son beneficiarios directos de estos apoyos porque ese dinero es destinado a gastos que el padre- proveedor debería asumir, cuando no sirve para su propio beneficio.³⁸

¿Podemos juzgar a estos padres y a estas madres de familia por utilizar dichos recursos o bien, realizar las acciones de Oportunidades, de la manera que mejor les conviene, lo cual implica atender o desatender la desnutrición infantil (como lo marca dicho programa)?

Definitivamente sus actitudes no son totalmente deliberadas sino producto social, de la relación que se establece entre unos y otros actores, pues Oportunidades las trata subalternamente. Desde el diseño mismo del programa hace falta la presencia femenina (y masculina), pues ni los ocotepecanos ni los zinacantecos, ni los tuxtlecos ni los mexiquenses, ningún grupo inscrito ha sido tomado en cuenta en el diseño del programa o siquiera en la dinámica de las acciones. Ahora la desnutrición ya es reconocida pero aún falta mayor impacto pues falta articular el bajo peso y la baja talla de los niños con la idea de un niño sano/ enfermo entre los ocotepecanos. ¿Es fácil para una mujer con baja escolaridad dimensionar el peso adecuado o inadecuado, cuando el mismo médico y la enfermera tienen que recurrir a sus tablas de crecimiento y desarrollo para determinar el estado

³⁸ En Febrero de 2011 Rosa, una ocotepecana que conocí mientras trabajaba en UKA, me pidió que la visitara pues ella y yo nos hicimos buenas amigas tiempo antes. Ya en su casa me dijo que María la visitaba con frecuencia y que llegaba a ñquejarse del trato que su marido le daba. Entre tantas cosas comentó que éste ñle quitaba la mitad de su dinero de Oportunidades. Rosa piensa que el esposo de María usa ese dinero para ñsu vicio, pues el joven es consumidor de marihuana. Varios informantes claves y secundarios hicieron alusión a que el esposo de María consume marihuana, así como que el esposo de Verónica es alcohólico. El esposo de Elena también fue alcohólico pero, refieren la pareja y los informantes, que hace tiempo ñse curó y ya no lo consume.

nutricional del niño?, así mismo, el control nutricional se avoca a la detección de desnutrición proteico- calórica, ¿qué sucede con la anemia en sus diferentes versiones?, ¿acaso la anemia no hace vulnerable a un niño también?

Dice Cecilia: *En la clínica le empiezan a pesar, a medir, si cuánto pesa, cuánto mide, la criatura si está, cuando es desnutrido no pesa normal porque el niño cuando no está desnutrido el niño está, pesa normal como ño sé cómo es que pese pero ahí se da cuenta la doctora cómo es que cuando un niño desnutrido y cuando no están desnutridos+(Entrevista, 02 de Septiembre de 2010).*

Antonia: *En ellos una, una hoja así, es como una cartilla, ahí se lo anotan; ellos les queda, a nosotros no nos da, no más nos da una cita donde asistimos la, o donde llevamos a los niños+(Entrevista, 07 de Octubre de 2010).*

Lo que dice Cecilia deja ver que es el médico quién sabe cuándo el niño está desnutrido y cuándo no. Lo que dice Antonia refleja que las madres carecen de algún documento que les permita registrar o tener evidencia de la evolución de sus hijos. Esto tampoco evita que ellas memoricen el peso de sus hijos y que puedan compararlo con el peso de un mes anterior, pero finalmente pareciera que el control del peso es un saber vedado a las madres de familia, que inviste de autoridad al médico para determinar el estado de salud del niño, lo cual, como hemos visto previamente, es cuestionado por algunas madres, porque también hay que repetir, muchas veces el niño no es valorado por el médico sino que únicamente es pesado y medido por la auxiliar rural, la cual carece de preparación para detectar otros signos o síntomas en el mismo; además, que comete errores en la medición como vimos en el capítulo anterior. Ya decía Antonia, pasan a consulta *los más desnutridos+*

La enfermera o la auxiliar de salud se remiten a decirle a la madre que su hijo tiene el peso adecuado o que le falta peso. La valoración del estado nutricional del niño basándose en el peso resulta más abstracta para las madres que la valoración a partir de signos y síntomas, lo cual, como hemos visto, no siempre se corresponde, o bien, se normaliza.

La bajada o subida de peso en los niños se convierte en motivo de frustración o de gusto pues, cuando el niño baja de peso, aparte de la llamada de atención que los representantes de la biomedicina hacen a la madre, se reafirma el control nutricional mensual; en caso contrario, la madre dejaría de llevar al niño con tanta frecuencia. Sobra decir que las madres de familia no son tratadas con respeto por los representantes de la biomedicina, sino que abundan las quejas respecto del trato que estos les dan. El mismo médico ha admitido que a veces ha tenido que regañarlas.

No obstante, una madre y un padre de familia, ambos ex auxiliares de salud, reconocen que la presencia de la UMR ha tenido impacto en la disminución de la mortalidad infantil y en el reconocimiento de la desnutrición.

Cecilia y Rogelio, dicen:

Ahora que estamos escuchando ya platicas así que nos dan así en la clínica, así ya vienen de otros lados que nos vienen a capacitar, ya entendemos un poco, ya sabemos, ya no mucho hay acá los que están desnutridos porque ya estamos aprendiendo un poco+ (Cecilia, Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

A lo mejor, a lo mejor más antes, como te digo pues, más antes, como nosotros no sabemos nuestras mamás no, no lo saben, dónde llevar a acudir pues su hijo, su hija, si está enfermo, a lo mejor antes yo creo que hay más, que antes mueren los niños porque no había medicina pues, en cambio ahorita ya te dice pues sí, como te digo pues, nosotros nos vamos en las citas, citas médicas, allá pues, allá te hacen consulta, todo eso, ahí ya sale, porque antes no, no nos sabían nosotros también que, qué es desnutrición; no, no lo sabemos+ (Rogelio, Entrevista 11 de octubre de 2010).

Desafortunadamente son las mujeres los principales objetos de trabajo de los programas; por lo cual ellas van modificando sus representaciones y acciones en torno a la desnutrición infantil, pero la desnutrición es una enfermedad multicausal sobre la cual ellas no pueden incidir totalmente pues otros factores como las mismas representaciones de los padres de familia, y problemas estructurales como la pobreza están actuando directamente. Oportunidades por sí mismo no resuelve la desnutrición ni la pobreza.

En las Oportunidades nos dicen que el dinero que nos manda a los chamacos es para mantener a los niños, para atender bien, para comprar sus alimentos bien, para darle de comer bien a los niños para que no se desnutrañ Yo, por mi parte, lo que me alcanza sí doy a mis niños+ (Cecilia, Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

Así dice el doctor en las Oportunidades dicen pues, ahí dicen según que, que, que lo cuidemos bien a los niños, que ya no quiere, el gobierno ya no quiere que los niños salgan desnutridos, que le demos de comer bien; si no suben el peso de los niños les van a quitar el apoyo de Oportunidades; que para qué nos dan si no les damos a los niños, pa que los niños suban de peso, comieran mejor; así dicen {õ } uh, desde hace años; como hace siete años, que recibo; siempre me dan pláticas; sí lo, sí, sí sé cómo cuidar a los niños; lo que pasa, hay veces, como te digo pues, hay veces que no tengo dinero pues, aunque me digan: le tienes que dar de comer esto a los niños; pero como no tengo dinero para ir a comprar pues no; con setecientos pesos que me da el gobierno cada dos meses, cómo me va a alcanzar; por ejemplo, mi niña, mi hija, Luvia me dice: yo quiero estas cosas; como mi hija ya está grande me pide muchas cosas; no se le puede comprar. Hay veces, cuando no tengo dinero, no le puedo comprar otras cosas, tengo que guardar para la comida nada más, por eso+(Antonia, Entrevista 07 de Octubre de 2010).

dice, este, ella, cuando le dicen que el niño está desnutrido, dice que ella piensa, piensa que porqué así está su hijo desnutrido,, hay veces hasta se aburre, hay veces se enoja, que porque le hacen llevar a pesar cada mes al niño, se aburre, dice y algunas mis compañeras madres de familia no lo llevan a sus hijos así, cada mes y porqué ella le llevan así su hijo, dice; hay veces se enoja, dice, siente enojo, dice+(Verónica, Entrevista 20 de Septiembre de 2010).

La cantidad de dinero que las madres reciben por parte de Oportunidades no es uniforme sino que depende del número de hijos, el sexo y escolaridad de los mismos. Se entiende que una mujer con varios hijos tendrá alguno o varios con mayor escolaridad, lo que implica mayor ingreso para la familia, es el caso de Cecilia; sin embargo, durante el trabajo de campo pude apreciar que los hijos mayores gozan de cierta autonomía para disponer de sus becas. Hay padres de familia que, incluso, no administran ese dinero sino que los adolescentes disponen plenamente del mismo, lo cual tampoco impide que colaboren en los gastos de la casa. En febrero de 2011 (en Diario de campo) Cecilia me dijo que con sus becas de Oportunidades sus hijos pidieron que se les construyera un cuarto para que ya no tengan que dormir en la sala. Haya sido iniciativa de los jóvenes o de los padres, ese dinero fue destinado para otro objetivo que no fue la alimentación. Esto sucede con frecuencia. Entre más dinero reciba una madre de familia, se entiende que sus responsabilidades y compromisos son mayores, en consecuencia, el destino que sigue ese dinero no es la mejora de la alimentación precisamente; o al menos, la mejora pero sólo unos días durante cada bimestre. Además, las familias utilizan ese dinero para comprar útiles y uniformes escolares, para comprar maíz, para comprar leña, para gastos de enfermedad, para comprar ropa y calzado, para viajar, para pagar deudas y otros conceptos que, a la larga, hacen el apoyo de Oportunidades insuficiente; máxime si tomamos en cuenta el

encarecimiento de los productos que ellos consumen y que no se reducen a la canasta básica.

Es por ello que las madres les dan $\%_{10}$ que les alcanza a sus hijos. Entre menos reciban las madres, menos aprovecharán los hijos. Esto afecta a los niños menores principalmente porque ellos no pueden disponer del dinero que sus padres reciben; o al menos no es así en todos los casos. En alguna ocasión Antonia me dijo que su hija Luvia, de ocho años de edad, se quejaba de que no le dieran más gasto para la escuela; ella tiene compañeras que llevan hasta \$50.00 de gasto cuando recién les han dado el pago de Oportunidades. La posibilidad de que los hijos manejen su propio dinero se percibe como un reforzador de estatus³⁹ para algunas familias, por eso el gasto escolar se ha vuelto un fenómeno generalizado, una fuga de dinero en las familias que afecta el proceso alimentario también; así, el estatus familiar también afecta el consumo de alimentos.

Aunque la desnutrición por sí misma no parece marcar el estatus de las familias, el proceso alimentario sí y éste incide directamente en el estado de salud de los niños. Dicho proceso alimentario ha sido moldeado por la presencia de Oportunidades en tanto que las familias ya gozan de cierta solvencia económica cada que llega el pago; lo cual se analizará en el siguiente capítulo.

Como se puede apreciar, Oportunidades ha impactado en Ocotepéc pero no precisamente en la disminución de la desnutrición, uno de los objetivos para los cuales fue diseñado. El anudamiento entre estatus y disponibilidad de dinero es uno de sus efectos más claros, lo cual no ha sido causado estrictamente por Oportunidades pero ha coadyuvado a reforzar un fenómeno quizás general a las familias en diversos contextos: la búsqueda de estatus.

³⁹ El estudio que Thomas (1974) realizó en Rayón, otro municipio zoque, a mediados del siglo pasado encontró que: «La estratificación de clase y de casta, tal como resulta evidenciada por los grupos sociales homogéneos, está ausente. Sin embargo, existen las diferencias de riqueza y prestigio» (p. 54). Esto sugiere que la búsqueda de estatus no es algo reciente sino que podemos pensarla como un fenómeno histórico.

Oportunidades ha coadyuvado al reconocimiento de la desnutrición infantil; sin embargo, hemos visto que la forma en que la medicina alopática diagnostica la desnutrición todavía es difícil de aprehender para las madres de familia en términos de la complexión de los niños, de su peso y talla ideal; no así en los síntomas como la falta de apetito o ganas de jugar que ellas pueden apreciar con facilidad en varios casos y, por tanto, les permite identificar la desnutrición. Esta situación ha generado que las madres y padres de familia no acepten en todos los casos el diagnóstico de desnutrición en sus hijos, o en caso de aceptarlo, que se sientan frustrados a pesar de las acciones que llevan a cabo para atenderla. Entonces uno se pregunta, la desnutrición ¿es considerada una enfermedad grave o peligrosa?, ¿cómo incide su normalización en la atención? Eso lo analizaremos a continuación.

3.1.7 Representaciones sociales acerca del riesgo en la desnutrición. Desnutrición y mortalidad infantil: dos procesos normalizados.

En este apartado se vinculan dos fenómenos muy interesantes. Por un lado, las representaciones que los ocotepicanos tienen acerca del riesgo a la salud que implica la desnutrición, y por otro, la normalización de la muerte infantil, que muchas veces impide que los padres atiendan a sus hijos en momentos críticos. Las representaciones sociales acerca de la muerte infantil son una forma de afrontar un evento que en otros contextos resultaría sumamente doloroso. El anudamiento entre dos procesos normalizados repercute en la atención/desatención a la enfermedad.

De los padres de familia, únicamente Rogelio y Ricardo relacionaron a la desnutrición con el riesgo de muerte. Rogelio incluso comentaba que él piensa que los niños no mueren de desnutrición, sino que, estando enfermos de eso, también se enferman de otra cosa: gripa, diarrea, tos, calentura, y eso es lo que realmente los mata, pero la desnutrición por sí misma no (Diario de campo, 15 de Febrero de 2011).

¿sí, a lo mejor sí porque, porque cuando una persona se va, por ejemplo, se va, le hacen consulta, y ahí la representa que es desnutrida o desnutrido, a lo mejor que, que un doctor te dice pues lo vas a traer tal día tal fecha, a ver cómo va, sigue así desnutrida, a lo mejor ya se puede causar una enfermedad más peligrosa ñ sí ñ yo te digo pues una enfermedad, a lo mejor puede ser de causa de una enfermedad ñ eh ñ se muere+. (Rogelio, Entrevista 11 de octubre de 2010)

Rogelio ha tenido dos hijas diagnosticadas con desnutrición: Luvia y Brígida, pero él no reconoce la desnutrición en las dos, de igual forma, no reconoce el mismo riesgo en ambas. Él cuenta que cuando Luvia tenía dos años de edad %e les iba a morir+de tos, se puso muy grave, la niña %a no aguantaba+porque tenía muchas flemas, se ahogaba, los ojos %e le salieron+y %o quería nada+, %i en la cama quedaba, sólo quería estar en el rebozo de Antonia+. La mamá de Rogelio fue de visita y les dijo que la niña se iba a morir; ellos estaban resignados a que su hija moriría. Otra mujer que llegó de visita les recetó darle disprina y afrinex disueltos en un poco de agua tibia; %así se calmó+. Después la llevaron de nuevo a la clínica, pues la habían llevado ocho días antes pero %al medicamento no la curaba+. Desde esa vez no volvió a ponerse tan grave pero esa vez que la niña estuvo enferma la pareja no durmió en toda la semana (Diario de campo, 10 de Noviembre de 2010). Rogelio dice que Luvia está enferma desde que nació porque no era juguetona sino que siempre estaba quieta, además que enfermaba recurrentemente, %asi cada mes+; en cambio, Brígida no está enferma porque es %iva+, no se está quieta y se enferma menos, %asi cada tres meses+(Diario de campo, 29 de Septiembre y 10 de Noviembre de 2010).

Ricardo considera que el niño puede morir si los padres no lo cuidan (Entrevista 12 de Octubre de 2010), pero no deja en claro si percibe riesgo de muerte en su hijo diagnosticado con desnutrición. Eliodoro sí considera que su hijo está en riesgo de morir todavía, pero no asocia directamente ese riesgo con la desnutrición:

%iempre, que más le daba, diarrea también al niño; y, y así, desde que le dimos su nombre dejó de enfermar ya, ahorita ya nada más el tos y el gripa; casi ya no se enferma pero no come bien pues porque le damos comida, agarra nada más poquito; pero su mera enfermedad no lo sabemos que tendrá el niño; hasta hoy no lo sabemos; sí, porque yo veo que; ahorita ya más o menos está creciendo, poquito, aunque sea, pero no lo sabemos su enfermedad, qué enfermedad tendrá { ñ } pues está en riesgo todavía; yo, yo me pongo, como le digo su mamá, este, algún día se puede morir y da pena porque como yo lo quiero, es uno no más mi hijo, es uno no más que tengo, no más él y me da pena que se muera+(Entrevista, 14 de Octubre de 2010).

En varias ocasiones Eliodoro expresó que ~~no~~ sabía de qué estaba enfermo su hijo, pero que él lo veía enfermo pues no quería comer, además que cuando era más pequeño enfermaba recurrentemente. Él decía que ~~las~~ está costando, que el niño viva, es decir, él percibe que su hijo ha tenido dificultades para sobrevivir y eso ha implicado esfuerzos de parte de los padres.

Con esto podemos evidenciar que los padres de familia tienen sus propias formas de diagnosticar el estado de salud de sus hijos, si estos están saludables o en riesgo de morir. Dentro de este diagnóstico destaca la voluntad del niño para comer, en primera instancia, en segunda, su tamaño. El riesgo de muerte se percibe a partir de su proclividad a enfermar. Pareciera que el riesgo de muerte no logra enlazarse con el hecho de padecer desnutrición. Veamos qué piensan las madres:

~~hace~~ como dos años, tres años se han muerto los niños de desnutrición. Porque el niño cuando se muera, se mueren así flaquitos, se mueren flaquitos+ (Cecilia, Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

~~no~~ creo que sí {puede ser grave la DN}, sí porque dicen que, en desnutrición es una enfermedad que se pueden morir los niños+ (Antonia, Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Josefa dice que ella sabe que la desnutrición es peligrosa; el otro día una de sus vecinas que trabaja para VM le dijo que un niño de una de las comunidades de Ocotepc se murió de desnutrición; que no pudieron hacer nada por el niño, ~~que~~ se fue secando poco a poco+. Ella cree que puede ser grave pero no sabe por qué su hijo la tiene (Entrevista, 14 de Septiembre de 2010). En otra ocasión dijo que algunas mujeres en Ocotepc no creen que la desnutrición sea peligrosa, dicen ~~total~~ que no se están muriendo mis hijos+, por eso el peso ~~no~~ les preocupa nada+ (Entrevista, 08 de Diciembre de 2010).

Verónica: ~~dice~~ que sí se preocupa, este que este desnutrición es algo grave, hace quince día que llegó a enfermar hasta se quedó allí privado, cerraron sus ojo, pensó que iba a morir, dicen que le llevó con el sacerdote, él le dio santo óleo, y se revivió+ {antes de eso tuvo diarrea} (Entrevista 20 de Septiembre de 2010).

Elena y María no respondieron acerca del riesgo a la salud que puede representar la desnutrición. Como se aprecia, Cecilia, Antonia, Josefa y Verónica sí reconocen el riesgo pero sólo Verónica parece representárselo en su hijo, debido a un suceso reciente. Las otras tres mujeres, aunque se representan a sus hijos enfermos de desnutrición, no hacen alusión a que teman su fallecimiento o a que hayan vivido episodios agudos generados por la desnutrición. Esto puede deberse a que, al momento del estudio, la mayoría de los niños eran mayores de tres años de edad, y varias madres refirieron que sus hijos enfermaban con más frecuencia antes de cumplir los dos años. Por lo que han expresado los padres, es probable que los niños vivieran episodios más agudos cuando eran más pequeños que ahora que su cuerpo se ha adaptado a vivir con la desnutrición. Probablemente el riesgo de muerte lo vivieron con mayor intensidad cuando sus hijos eran más pequeños; ahora que enferman menos se percibe menor agudeza en su condición aunque persista la falta de apetito.

Es importante señalar que otros aspectos inciden en las representaciones acerca del riesgo en los hijos. En el caso de Rodrigo, el hijo de Cecilia y Eliodoro, su nacimiento prematuro lo pone en un estado de salud crítico desde que nació. Su madre explica que eso tiene mucho qué ver en la debilidad de su hijo. Eliodoro también ha detectado que su hijo ha sido enfermizo desde muy pequeño:

“Rodrigo cuando nació, nació muy chiquillo, como de dos kilos nada más {õ } y yo vine aquí, estaba bien enfermo pué el chamaquillo; pues qué tendrá, la verdad yo no sabía qué era desnutrición, la verdad hasta hoy no te sé decir qué es; ahora sí creció pero nos costó un chingo, cada rato se enfermaba, calentura, tos, gripa {õ } pero de ahí empecé yo, pues o sea que yo pensé mismo que llegaría a morir el chavo, como yo soy católico más o menos pué de religión; yo le dije a mi esposa, vamos a bautizar al niño porque qué tal que está esperando su nombre y fuimos a verlo pué el curaõ porque se iba a morir pué el chiquillo, se iba a morir; y de repente, y sí, fuimos a bautizar el niño {õ } aquí, el religión, pues; aquí nosotros nos marca de seis meses pero hay unos que son renuente, como nosotros; yo tengo una niña ahorita que está, Lupita, lo bautizamos como de cinco año, era yo muy renuente pué; pero ella, ellos pues, estaban muy, al tiro pué estaban muy vivos los niños, pues, no me preocupaba yo; pero este chamaco sí, me, me obligó, pué de ver morir así a mi chamaquillo, puta, sí está mal {õ } yo sí le ayudaba porque le digo que lloraba un chingo pues; yo nada más lo abrazaba yo y dejaba de llorar pues, tenía mi chamarra, así lo agarraba yo; de noche casi no dormía yo casi, ahí estaba yo, diciéndole que no llorara pues {õ } y ahorita como que, más o menos ya está, está vivo pero no sabemos co, cómo está haciendo adentro pué; ése tiene una venita, aquí tiene una vena que es, este, cómo te dijera yo, como morado” (Entrevista 14 de Octubre de 2010).

Eliodoro puede notar que el estado de salud de su hijo, en términos generales, ha

sido crítico aunque no lo enlace con la desnutrición. Así mismo, reconoce que la condición de su hijo es anormal pues sus demás hijos no fueron así, dice: {Rodrigo} es el único que me salió así, más bien debilito+

Cecilia, su esposa dice:

Me comunicó el médico, lo llevé en la clínica porque tuve de ocho meses la criatura y nació muy tiernito pue que no lloraba, no pesó nada, pesó como unos 200, como un kilo con 200 gramos, algo así que pesó la criatura, porque no pesó porque nació de ocho meses y ya de ahí lo empecé a llevar en la clínica y en la clínica me empezaron a decir que el chamaco estaba desnutrido {õ } ya después la doctora me dijo por qué no nos dijiste para que lo llevamos en el incubadora, yo no quise llevar porque mi chamaco no lo quería yo que lo llevara a otro lado, sí me arriesgué de tenerle ahí+(Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

Cecilia y Eliodoro reconocen que su hijo nació débil y que su desarrollo ha sido difícil. Yo conocí a Rodrigo cuando tenía poco más de un año de edad y su apariencia era la de un niño de meses, enfermaba recurrentemente y su estado nutricional en ese entonces era severo. En un par de ocasiones, cuando Rodrigo era más pequeño, UKA lo refirió al CERENUT⁴⁰ para que recibiera atención especializada pero Cecilia se rehusó. Este año le he preguntado a qué se debía la negativa y me contestó que su esposo no la dejó ir. Aunque los padres reconozcan el estado crítico de Rodrigo, decidieron no llevarlo a la incubadora ni al CERENUT. Cecilia ha dicho que se arriesgó a tenerlo ahí (en su casa), es decir, que ella era consciente que su hijo podía morir, como Eliodoro lo es respecto a su condición actual; sin embargo, la atención se realiza en casa únicamente utilizando los recursos con que ellos cuentan o los que consideran que pueden manejar. Cecilia ha dicho que le dio leche NAN a su hijo para que viviera cuando era recién nacido porque no aceptaba el pecho. La atención especializada aún no figura en sus representaciones de la atención a la desnutrición; no así en la atención a otros padecimientos pues durante el trabajo de campo fui testigo de que, cuando la hija mayor de Cecilia sufrió una caída, Eliodoro la llevó al Hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez. En otra ocasión, uno de sus hijos enfermó de tos y Cecilia lo llevó a la clínica para que lo atendieran. El caso de Rodolfo refleja que la

⁴⁰ CERENUT, Centro de Rehabilitación Nutricional que dependen del DIF, ubicado en la capital del estado, a unas cuatro horas de Ocoatepec en transporte público.

atención a la enfermedad es un problema que atraviesa el género;⁴¹ el padre tiene que dar su anuencia para que se lleve a cabo.

¿Por qué Rodrigo no recibe atención especializada como sus hermanos pese a que su padre dice que le da pena su condición?

El caso de Rodrigo puede relacionarse con el relato de Rogelio, cuando su hija Luvia estuvo muy grave de tos, él y Antonia estaban resignados a que moriría. También Eliodoro ha dicho que por eso bautizó a Rodrigo. Anteriormente también vimos que Manuel, el hijo de Verónica, tuvo un evento crítico hace poco y la reacción de la madre fue llevarle con el sacerdote para que le diera los santos óleos. Podemos pensar que estos padres consideran mejor opción que el sacerdote les dé la bendición a sus hijos que llevarlos a la UMR ya que para ellos la muerte es inminente. Pero, por otro lado, una vez que estos niños sobreviven a ese momento crítico, las acciones de los padres no parecen dirigirse a promover mejor calidad de vida en sus hijos, sino que el niño continúa sobreviviendo en las mismas circunstancias, ¿en qué estriba esta resignación ante la muerte de un niño?

Esto nos llevó a preguntarles a las madres de familia qué significado tiene para ellas la muerte de un niño, cómo la viven, por qué no realizan algunos ritos, en el sentido de hacer novenarios o rezos, como con los adultos.

Para los ocotepecanos la muerte infantil es un hecho normalizado. Ya vimos que Rogelio considera que anteriormente se morían más los niños que ahora. Josefa dice que a su madre sólo le sobrevivieron 3 de 11 hijos que tuvo, y que a su hermana sólo le han sobrevivido 6 de 12. La mayoría de las mujeres con las cuales solía platicar, que no eran informantes claves, me contaron que se les

⁴¹ *Assumir la perspectiva de género en las acciones de investigación alimentaria y nutricional, implica pensar tanto en las mujeres como en los hombres, así como en las formas de relación entre ellos. La ubicación dentro de esta perspectiva permite conocer cuáles son los recursos y la capacidad de acción de cada sexo para encarar las dificultades de la vida y realizar sus propósitos (Pérez- Gil y Díez- Urdanivia, 2007:8). Con esto se puede entender que la atención o desatención a las enfermedades está en correspondencia con las representaciones de las mismas, que en este trabajo reflejan una diferenciación de género muy clara.*

había muerto al menos un hijo. La madre de Cecilia tuvo 12 y sólo 6 llegaron a la adultez. A Antonia se le murió una niña durante el parto y a Elena se le murió a los veinte días de nacido a causa de la tos. Con esto se demuestra, que, al menos desde el marco de sus representaciones sociales, la mortalidad infantil era mayor anteriormente, y hasta la fecha sigue siendo significativa.

Las mujeres que hablan en este estudio crecieron en ese ambiente de muertes infantiles frecuentes. Si pensamos en el impacto que la muerte de un hijo causa en una mujer de clase media en el contexto urbano podremos entender que las madres ocotepecanas la hayan normalizado, ya que resolver duelos constantemente no resulta funcional para la economía psíquica de ninguna persona. La mejor respuesta es aprender a vivir con ello, generar representaciones al respecto, y, eventualmente, resignarse ante la posible muerte de un hijo, quizás, hasta dejarlo morir. Como algunos ocotepecanos expresan, al final de cuentas quien decide si una persona vive o muere es dios, si él dice que vivirás pues resolverás cualquier complicación médica, caso contrario, ~~%i~~ ya te llegó la rayita+, por más que los padres hagan el niño tendrá que morir (Informantes varios, Diario de campo 31 de Agosto, 01 y 05 de Octubre de 2010).

¿Qué metáforas se construyen acerca de la muerte infantil o de los niños muertos?

Cecilia, Antonia y Josefa comentan que cuando un niño en Ocoteppec se muere, las personas les dicen a las madres de familia que no lloren por su hijo porque es como llamarlo para que regrese, lo cual no es bueno. Es mejor que se conviertan en ángeles para que no sufran. Cuando la madre llora, en el cielo le dicen al niño que se regrese porque lo están llamando, no lo dejan entrar al cielo, pero, como el niño no puede revivir, se queda penando y no se convierte en ángel, es como si se quedara suspendido, o penando, entre el cielo y la tierra. Los bebés más pequeños se vuelven ángeles inmediatamente porque no han pecado, por eso dios no los juzga; los niños más grandes, los que ya hablan, sí pasan por el

purgatorio. La religión tiene mucho qué ver en la normalización de la mortalidad infantil.

En términos generales, las personas dicen que no se debería llorar por nadie, se trate de un niño o un adulto; sin embargo, Josefa y Cecilia, que no han experimentado la muerte infantil, consideran que sí duele cuando que se muere un ser querido, sobre todo un hijo. Antonia, Cecilia, Josefa y otras mujeres consideran que mucho depende la edad del niño. Entre más chico sea el bebé el impacto de la muerte es menor porque la madre ha pasado menos tiempo con él. Por eso Antonia ~~no~~ sintió nada cuando su bebé nació muerto. En cambio, Josefa dice que si alguno de sus hijos se muriera en estos momentos, ~~capaz me muero~~. Cuando la madre ya ha amamantado al bebé, lo ha arrullado y ha dormido con él, se acostumbra a su presencia. Rogelio opina que muchas personas no sufren cuando se les muere un hijo porque saben que pueden tener más hijos después.

Las familias incluidas en este trabajo tienen familias menos numerosas que aquellas que formaron sus padres, y también les han sobrevivido más hijos que a sus padres, por ello es factible pensar que las representaciones sociales acerca de la mortalidad infantil se vayan reconfigurando, aunque a nivel local todavía se restrinjan las muestras de afecto al respecto y el culto o ritual (rezos). Esta normalización de la muerte infantil y las representaciones acerca de la misma, tendrían que ver con que los padres se resignen a que sus hijos fallezcan cuando están en estado crítico, pues que su hijo sobreviva depende de la voluntad divina en la mayoría de los casos.

Como pudo apreciarse a lo largo de este capítulo, los programas de salud que trabajan con las mujeres para prevenir y atender la desnutrición infantil han reforzado las diferencias genéricas que hasta este punto se entienden a partir de las representaciones sociales de la desnutrición; sin embargo, dichos programas son parte de las redes sociales de estas mujeres y, en consecuencia, un elemento muy importante en sus estrategias de supervivencia. Hablando de Oportunidades particularmente, les brinda conocimientos y apoyos económicos que van

reconfigurando sus representaciones sobre la enfermedad y su estilo de vida pues dependen de ese dinero para costear gastos cotidianos.

La eficacia pragmática de la autoatención, además de su bajo costo, genera que los padres prefieran atender a sus hijos en casa, en primera instancia, con los curadores populares, en segunda y sólo de forma muy eventual, en la clínica cuando sus hijos son atacados por algunas enfermedades que la desnutrición favorece como son las diarreas y las gripes. Por otro lado, las madres critican las acciones de Oportunidades, pues aunque utilicen las vitaminas y lleven a control de peso a sus hijos, estos siguen desnutridos. A las madres de familia les cuesta reconocer su responsabilidad en esta enfermedad pero pueden ligar claramente la relación entre desnutrición y pobreza y descuido. La cuestión del género influye en las decisiones que se toman en el hogar en torno a la atención a la salud del niño; pero también en ello influyen las representaciones que los padres y madres de familia tienen en torno a las enfermedades, que en el caso de la desnutrición infantil es diferencial pues, en tanto que ha sido una enfermedad que ha visibilizado la medicina alopática y que sean las madres quienes tienen más vinculación con la misma, muchos padres aún no la reconocen ni la consideran un problema emergente o urgente.

Las madres de familia y algunos padres refuerzan la autoridad del médico para determinar el estado nutricional de sus hijos pues a ellos se les dificulta identificarlo en tanto que se centran más en la vitalidad o vigor del niño para determinar su estado de salud que en su peso y talla, mismos que han normalizado de acuerdo a la talla y peso bajo que la mayoría de los ocotepecanos presentan. Los padres y madres de familia todavía prestan mayor atención a otras enfermedades que la desnutrición, el clima y las condiciones de higiene y sanidad favorecen debido a que sus cuadros clínicos con más evidentes y quizás más agudos, que la desnutrición que ellos han normalizado porque ellos ~~así~~ son de por sí, ~~los~~. Dichas enfermedades son atendidas por los curadores populares pero no se enlazan a la desnutrición, misma que se atiende de acuerdo a las recomendaciones biomédicas pero en correspondencia con las posibilidades o la



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

solvencia económica de cada familia (administrar vitaminas, papillas, incluir más frutas en la dieta del niño), la cual en la mayoría de los casos es poca pues ellos mismos se perciben como pobres. Estos son algunos de los elementos que podrían explicar que una cantidad significativa de niños ocotepicanos no mejoren su estado nutricional pese a las acciones que las instituciones y las propias familias llevan a cabo. Es decir, lo que las familias y las instituciones hacen para atender a la desnutrición es insuficiente.

En el próximo capítulo exploraremos el proceso alimentario en términos de sus representaciones, las representaciones de las prácticas y algunas prácticas que formarían otro gran conjunto de elementos que no sólo sirven para explicar el fenómeno sino que no podemos hablar de representaciones sociales de la desnutrición sin tener en cuenta dicho proceso alimentario, máxime si visualizamos a la desnutrición en la categoría de malestar como un problema estructural.

CAPITULO IV REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN, ALGUNAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN Y PROCESO ALIMENTARIO

Una de las razones de que los occidentales saquen precipitadamente la conclusión de que los hábitos alimentarios del Tercer Mundo están dominados por la ignorancia y por creencias religiosas irracionales consiste en que los primeros no tienen que realizar las difíciles elecciones que la pobreza extrema obliga a realizar a los segundos+

Marvin Harris (1999)

Seguindo a los expertos, tenemos que la nutrición *adecuada* en los primeros años de vida del niño es esencial para un desarrollo sano; el periodo de tiempo que abarca del nacimiento a los dos años de vida es crucial en este sentido y se le conoce como *ventana de tiempo crítica* pues diversos estudios longitudinales han probado que esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la infancia (Organización Panamericana de la Salud, 2003). Es por ello importante estudiar cómo se lleva a cabo la lactancia materna y la ablactación o alimentación complementaria en los niños porque el estado nutricional en buena medida está en función de la calidad de la alimentación en esos momentos, y que en la sociedad ocotepicana exploramos en términos de representaciones sociales pues existen una serie de creencias al respecto que indiscutiblemente, repercuten en las prácticas o hábitos alimentarios.

La alimentación, que se consideraría como una de las necesidades que generalmente se cubren en el seno doméstico sobre todo cuando trabajamos con sociedades agrícolas- campesinas, está sufriendo cambios debido a que la producción agrícola va disminuyendo y el mercado pone a la disponibilidad de las personas otros alimentos. Por ello surgen nuevos actores en la escena de la alimentación, entre ellos organizaciones no gubernamentales y programas que el propio gobierno echa a andar con la finalidad de mejorar la alimentación de la población en las sociedades que se encuentran en condiciones de pobreza como

Ocotepec.⁴² Por otro lado, la cantidad y la calidad de los alimentos que se consumen están en función de la disponibilidad de los mismos, de la forma en que se preparan, de las ideas acerca de cuánto debe comerse y del gusto. Es por ello que siguiendo a Contreras (1993) se ha dividido al proceso alimentario en cuatro fases: obtención de los alimentos, distribución, preparación y consumo.

Este capítulo comprende el análisis de las representaciones sociales que las familias ocotepecanas que tienen niños con desnutrición crónica tienen acerca de la alimentación. Se presta especial atención a la lactancia materna, a la ablactación y a la alimentación del niño ~~pequeño~~ (menor de cinco años en este estudio) como momentos especiales dentro de su desarrollo. Así mismo, se analiza el proceso alimentario que ha sido dividido en las fases antes mencionadas. Dicho proceso influye no sólo en el tipo de alimentación del niño con desnutrición sino que en verdad constituye un instrumento para explorar la dinámica familiar, cómo sus integrantes se organizan para satisfacer una necesidad que consideraríamos vital, pero que lo vital no se reduce a lo orgánico sino que lo rebasa para revelarnos cómo se establecen las relaciones entre los integrantes de la familia, cómo se toman las decisiones, cómo está distribuido el trabajo, cómo se distribuye el poder en la familia e incluso, cómo se establecen redes de apoyo entre familiares y amigos, así como la manera cómo madres y padres de familia se relacionan con ciertas instituciones.

En verdad la alimentación viene a constituir un hecho social total, y en consecuencia, es factible aproximarnos al mismo por medio de las representaciones sociales ya que trabajamos principalmente con el discurso de los ocotepecanos. La observación de las prácticas pudo realizarse únicamente con tres familias debido a varias circunstancias que se anotan en el capítulo dos en el apartado sobre metodología.

⁴² 2007 *Los Mapas de la Pobreza en México*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), México.

4.1 Representaciones sociales acerca de la alimentación infantil

4.1.1 Lactancia y destete

La leche materna es el primer alimento que el niño recibe cuando nace y que se espera consuma de manera exclusiva hasta los seis meses de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2003). La ablactación o alimentación complementaria se define

como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años+ (Organización Panamericana de la Salud, 2003: 8).

Aunque existen criterios diversos respecto a la duración de la lactancia materna exclusiva y a la forma en cómo debe llevarse a cabo la ablactación o alimentación complementaria, en este trabajo tomamos con referencia el manual elaborado por la Organización Panamericana de la Salud denominado *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*, en tanto que se basa en estudios llevados a cabo con niños que han sido amamantados durante los dos primeros años de vida y que nacieron a término (después de las 37 semanas de gestación), lo cual se aplica para la mayoría de los niños incluidos en este trabajo.

Aunque este manual hace referencia a que los niños con desnutrición aguda o enfermedades severas y en proceso de recuperación requieren una alimentación especial, este trabajo no ha tenido la finalidad de valorar la alimentación de los niños con desnutrición en términos cuantitativos, sino que más bien ha pretendido explorar en el marco de las representaciones sociales la racionalidad del tipo de alimentación que se les administra y que por haberse llevado a cabo en los primeros años de vida sólo podemos manejar en términos de representaciones, lo que las madres recuerdan que hicieron pues cinco de los niños tenían más de tres años al momento del estudio.

Todas las madres de familia ocotepicanas incluidas en este estudio dieron lactancia materna a sus hijos. Sin embargo, sus prácticas al respecto tuvieron variantes que iremos analizando en cada caso. En general, las madres coinciden en que la lactancia materna se suspende cuando la madre vuelve a embarazarse, ya que ellas consideran que la leche que se produce una vez que la madre está embarazada ~~es~~ ~~baja~~ muy fea, es decir, que cambia su aspecto y esto resulta desagradable para ellas, por lo cual la perciben como una leche que no le sirve al bebé; incluso Josefa dijo que ~~no~~ puede hacer daño a los niños, pues ~~con~~ eso se le pone más el desnutrición. (Entrevista 08 de Diciembre de 2010). No obstante, la mayoría de los niños incluidos en este estudio tenían más de tres años de edad y, en la mayoría de los casos, no habían hermanitos menores que hubieran generado la interrupción de la lactancia, ¿qué sucede con la lactancia en estos casos?

Haciendo una revisión de los historiales clínicos de los niños diagnosticados con desnutrición incluidos en este estudio encontramos que los estados nutricionales de Rodrigo, Manuel y Mariana han sido los más agudos, en el sentido de que en sus primeros dos años de vida su desnutrición fluctuaba de moderada a severa. Es lícito decir también que yo conocí a estos tres niños en ese momento y que su estado de salud no era normal, pues enfermaban recurrentemente y su peso se estancaba por meses.

Rodrigo y Manuel no tuvieron más hermanitos, son los hijos más pequeños de sus respectivas familias y por ello no se les ha suspendido la lactancia materna. Aunque la lactancia materna no es la causa directa de la desnutrición en estos niños, sí es coadyuvante cuando no se introduce la alimentación complementaria a tiempo o bien, ésta se introduce antes de tiempo o de manera inadecuada; una de las madres de familia, Cecilia, lo reconoce:

o «cuando nace el niño ya desnutrido ya de ahí namás le damos puro pecho que no lo damos así como a otros lados que le dan de recién nacido así las comidas todo y nosotros no, puro pecho y ahí es que se desnutre o Porque nosotros acá tenemos ya costumbre así de darle namás puro pecho y cuando ya tengan un año, cuando ya tengan un año ya vamos a empezarle a dar de comer o es un costumbre que tenemos aquí» (Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

seguridad, no está acostumbrado a consumir otros alimentos o bien, los consume en poca cantidad, como pudo haberle ocurrido a Mariana.

A Mariana le suspenden el pecho alrededor de los seis meses de edad y ella cae en desnutrición severa a los siete meses de edad. La niña nació con bajo peso y es probable que el destete realizado de esta manera afectara su estado nutricional inmediatamente porque ya era vulnerable. Le llevará un año ~~%~~subir+ a moderado, estado en el cual se ha mantenido desde entonces. Yo recuerdo que en sus primeros meses de vida, hasta el sexto aproximadamente, Mariana sonreía y se dejaba abrazar por mí; de repente dejó de hacerlo y cambió sus risas por llantos constantes. Efectivamente, el empeoramiento de su estado nutricional tuvo un efecto en su estado de ánimo a causa de sus enfermedades recurrentes.

María, la madre de Mariana, ha dicho que al suspender la lactancia materna a su hija empezó a darle leche con biberón. La lactancia con biberón también despierta sospechas porque la higiene, la sanidad y la calidad en su preparación juegan un papel muy importante para que sea benéfica, de lo contrario, puede ser nociva para el niño sobre todo cuando es más pequeño y vulnerable. En el caso de María podemos desconfiar de sus prácticas de higiene pues observamos que su domicilio era el menos aseado de todos; de igual forma, la mayoría de las veces que visitamos a esta señora notamos que se encontraba descalza, desaliñada y regularmente enferma, en comparación con otras señoras. De hecho, Josefa, Antonia y otras informantes secundarias la consideraban una mujer ~~%~~descuidada y sucia+, a la cual no le importaba ni su aspecto ni el de sus hijos. Por consiguiente, es factible pensar que la lactancia artificial no fue del todo positiva para Mariana.

Este detalle es el que llama la atención de la desnutrición precisamente. Como bien dice Chávez (1979), aunque los niños no se mueran de desnutrición, la manera en cómo transcurre la niñez de los niños que la padecen, con enfermedades recurrentes que afectan su desempeño intelectual y su estado de ánimo, es motivo suficiente para considerarla un problema de salud. Aunque el médico de la UMR (Entrevista 30 de Septiembre de 2010) diga que la situación en

torno a la desnutrición en Ocotepéc no es tan grave como en algunos países de África, uno puede notar que la niñez de estos niños tampoco es digna de orgullo sino todo lo contrario. Es el bienestar del niño que se ve afectado constantemente y esto, desde el marco del derecho a la salud incluido dentro de los derechos humanos, debe ser motivo de preocupación de autoridades y sector salud.

Un caso diferente es el de Ignacio, hijo de Cecilia. Ella le suspendió la lactancia materna a los tres años de edad, poco después de iniciar este estudio. No fue una transición fácil ni para ella ni para su hijo. Ignacio lloró mucho y ella se apenaba de ver a su hijo llorar. Al concluir el estudio noté que Ignacio, quien había ingresado al mismo con el diagnóstico de desnutrición moderada, de acuerdo a las valoraciones de VM, había ganado poco más de un kilo de peso y se colocaba en desnutrición leve. De hecho, en una de las últimas visitas que realicé, Josefa me dijo que su hijo, últimamente, ~~ya~~ ~~comía más~~. Ella se lo atribuía al cambio de domicilio, según ella, en el anterior el niño se distraía jugando con otros niños y por eso ~~se~~ ~~olvidaba de comer~~; en cambio, en el actual no tiene amigos, por lo cual pasa más tiempo en casa y eso lo hace comer más.

No podemos aseverar que esto que Josefa refiere sea falso, pero sí podemos suponer que el destete haya impulsado a Ignacio a comer más alimentos sólidos para suplir la sensación de satisfacción que quizás el pecho le daba, aunque quizás lo más determinante ha sido que Ignacio fue cuidado por una señora durante un tiempo mientras su madre estuvo trabajando en el DF, cuando el niño tenía alrededor de año y medio de edad. Josefa sólo le daba pecho por la mañana y por la noche, ya que se ausentaba de 7 am a 6 pm, tiempo en el cual el niño era alimentado con comida sólida por su cuidadora. Josefa dice que ella piensa que esa señora ~~cuidó bien~~ a su hijo por alrededor de 6 meses, pues cuando Josefa volvía del trabajo su hijo ya no le pedía comida. Este antecedente podría haber facilitado que Ignacio dejara el pecho antes que los demás niños de este estudio sin que su madre volviera a embarazarse.

A Jaime también le habían suspendido la lactancia materna cuando empezamos este estudio. Su madre dice que se la suspendió a los tres años de edad, pero cuando inicié el estudio ella estaba embarazada, así que queda la duda de si la suspensión fue una decisión deliberada o bien, a consecuencia del nuevo embarazo. En cualquier caso, de acuerdo a su historial clínico, el estado nutricional de Jaime había fluctuado de desnutrición leve a moderada hasta los tres años con cinco meses de edad cuando cayó en desnutrición severa, poco antes de iniciar este trabajo. Seis meses después ~~se~~ volvió nuevamente para colocarse en desnutrición moderada. Estas fluctuaciones en el estado nutricional del niño podrían entenderse, hasta cierto punto, a la luz de las prácticas alimentarias pero desafortunadamente, no observamos de manera directa la calidad de su alimentación cuando le quitaron el pecho, aunque la suspensión del mismo coincide con su empeoramiento. Esto es una posible hipótesis para explicarlo pero quedan dudas pues también podríamos desconfiar de las valoraciones antropométricas en tanto que encontramos muchas inconsistencias e incongruencias en ellas cuando revisamos los historiales del estado nutricional de los niños registrados en la UMR.

El caso de Brígida y el de su hermana Luvia también es particular. Estas niñas pasaron por procesos diferentes. A Luvia le suspendieron la lactancia a los cuatro años de edad ~~por~~ porque no lo quería dejar. Sus padres refieren que intentaron darle leche de fórmula desde pequeña pero nunca la aceptó. Por el contrario, Brígida sí la aceptó desde ~~la~~ ~~fecha~~ ~~de~~ ~~nacimiento~~ ~~cuando~~, según su padre, se la daban con jeringa. Durante el tiempo del estudio Brígida tomaba tres onzas de leche de fórmula tres veces al día. En el capítulo anterior expuse que los padres de Brígida perciben de manera diferente el curso de la desnutrición en cada una de sus hijas; al grado de no aceptarlo en el caso de la hija menor. En varias ocasiones su padre dijo que él creía que la leche ~~le~~ ~~daba~~ ~~fuerza~~ a Brígida y que por eso no se enfermaba tanto como su hermana mayor que no la aceptó (Diario de campo, 22 de Noviembre de 2010).

Efectivamente, a pesar del diagnóstico de desnutrición moderada en Brígida, su dinamismo es el de un niño sano, como bien dicen sus padres *no se está quieta+*. Aunque la ración de leche que Brígida consume sea baja, podría estar incidiendo en su estado nutricional de manera positiva, o al menos más positiva que si no la recibiera. En algún momento yo le pregunté a Antonia por qué no le incrementaba el número de onzas a Brígida, ella contestó que no le preparaba más leche porque *no se lo toma+, le vicio lo prepara+*. Como se irá viendo a lo largo de este capítulo, para Antonia y su esposo el desperdicio es un lujo que no pueden darse y esto los lleva a racionar la comida. El médico le ha dicho a Antonia que Brígida no sube de peso porque aún recibe lactancia materna, le ha recomendado darle pura leche de fórmula; al preguntarle qué opina acerca de esta sugerencia que le ha hecho el médico, Antonia responde que Brígida *ya lo está dejando+* porque *como toma leche+cada vez le pide menos pecho y ya come más comida+* (Diario de campo, 14 de febrero de 2011).

Como se aprecia, estos niños han cursado su desnutrición de manera diferente. Existen casos más agudos, los cuales coinciden con la manera en cómo las madres refieren que les dieron la lactancia materna. Resalta que no se desprecie tácitamente el consumo de leche de fórmula; por el contrario, Cecilia lo consideró un recurso cuando su hijo era recién nacido y no quería comer, así como María la utilizó cuando tuvo que quitarle el pecho a Mariana, y de igual forma Rogelio se la representa como un buen alimento para su hija más pequeña, incluso considera que está contribuyendo a que tenga un mejor desarrollo que el de su hermana menor que no lo recibió. Con esto podemos decir que, aunque los ocotepecanos se representen a la lactancia materna como un proceso de larga duración, esto no les impide consumir leche de fórmula cuando lo consideran necesario. Desafortunadamente desconocemos la calidad de esa lactancia artificial o con leche de fórmula; sobre todo en el caso de Mariana, quien lo recibió a edad más temprana. En el caso de Brígida la cantidad de leche que recibe es poca en comparación a lo que le recomienda el médico. Aquí tendríamos que abrir la discusión en torno a la accesibilidad de la leche de fórmula en términos de que

sea factible comprarla en Ocoatepec y además asequible económicamente. Esto se irá analizando poco a poco pues se vinculará con la accesibilidad a otros alimentos.

De todos los niños incluidos en este estudio, Brígida es la que ha cursado su desnutrición con menos eventos críticos y quien no ha caído en desnutrición severa en ningún momento hasta ahora, aunque también es la más pequeña de todos los niños de este estudio y habría que seguir su desarrollo para ver cómo evoluciona el padecimiento; es la única que recibe leche de fórmula de manera sistemática, con horario y ración bien definidos diariamente. No obstante, la calidad de la lactancia materna no es suficiente para explicar el curso de la desnutrición infantil en los primeros meses o años de vida, por eso revisaremos cómo se lleva a cabo la alimentación complementaria.

4.1.2 Alimentación complementaria y dieta habitual del niño diagnosticado con desnutrición. Representaciones sociales acerca de la alimentación complementaria y de la alimentación apropiada para los niños menores de cinco años de edad.

La calidad de la alimentación en los primeros años de vida del niño es fundamental para un desarrollo sano. Desde hace ocho años aproximadamente, las madres ocoatepecanas han escuchado pláticas de Oportunidades en torno a la manera cómo deben introducirse los alimentos a los bebés y cómo debe seguir alimentándose al niño conforme se desarrolla; de igual forma, se les distribuyen papillas a manera de suplementos nutricionales para contribuir a la nutrición de mujeres embarazadas y niños pequeños. Estas acciones de Oportunidades están marcadas en las representaciones de algunas madres y padres de familia, no obstante, sus prácticas no se corresponden directamente con lo que dicho programa esperaba. En este apartado exploraremos qué representaciones tienen los padres y las madres de familia respecto a la alimentación adecuada desde que el niño tiene unos pocos meses y conforme se va desarrollando. Parece pertinente explorar qué significado le dan los ocoatepecanos al acto de comer y cómo éste se

vincula a la manera cómo ellos entienden el desarrollo del niño en sus primeros años de vida, para poder entender el sentido de sus prácticas.

Es importante señalar que esta vinculación con Oportunidades es un arma de dos filos en el análisis pues lleva a las madres a responder de manera casi automática acerca de la forma como debe realizarse la ablactación cuando se les pregunta al respecto. Esto pude apreciarlo desde que trabajaba como promotora comunitaria y les preguntaba a las madres acerca de la duración de la lactancia materna, a lo cual respondían 6 meses aunque el 90% lo hacía mucho después, por ejemplo, y así con la alimentación complementaria. En consecuencia, es importante contrastar lo que ellas refieren con lo que dicen sus esposos con la finalidad de acercarnos lo más que se pueda a la realidad de sus prácticas, mismas que pudieron observarse en pocas familias. Con este fin, lo iremos analizando pareja por pareja.

a) Cecilia y Eliodoro, padres de Rodrigo

Esta pareja tiene representaciones diferentes acerca de la alimentación apropiada para los niños. Ella dice:

%sí de cuando están tiernitos, cuando están tiernitos, como dos meses le debes de dar así pechito y ya de ahí a los tres meses hay que empezar a dar así papas cocidas, machucaditos y meterle en la boca y chayotitos así o poner unas tortillas así tortillas pero así echando en caldo, en el caldo. Ese es que nos dice el doctor, la enfermera que nos da plática+ (Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

Su esposo dice que los niños deben comer papa, manzana cocida, chayote cocido y plátano tiernito. El considera que a los 7 años el niño ya está grande y %de ahí ya comen normal como los adultos+ punta de chayote, frijol tierno, carne de pollo (Entrevista del 08 de Diciembre de 2010). Para Cecilia la alimentación complementaria empieza a los tres meses de vida, pero en entrevista Eliodoro dijo que Rodrigo empezó a comer al año de edad. Lo que podemos inferir es que Cecilia empezó a darle %probaditas+ de chayote, papa y manzana cocidas a su hijo pero que no lo adhirió del todo a la dieta familiar al año de vida como suelen recomendar los médicos. Además, Cecilia también menciona que desde los tres

meses de edad le empezó a dar Gerber a su hijo, un producto comercial con alto contenido en azúcar y costoso, que sigue siendo de su agrado así como el Danonino.

Al parecer la dieta de Rodrigo no ha variado mucho conforme transcurren los años y consiste principalmente en arroz, fideos, frutas y verduras; la carne y el huevo no le gustan y por eso no lo come. El déficit de proteínas animales podría estar afectando el estado nutricional de Rodrigo.⁴³ Sin embargo, para su madre, la alimentación de Rodrigo es mejor que la que recibieron sus hermanos:

Como es el chunco⁴⁴ le doy más, como dice el dicho, porque los grandes como esa vez no había, o había, tal vez nosotros, como estábamos empezando a vivir no le daba abasto para darle, pero ahora sí el chamaco a los nueve años que venimos a ver otra vez la criatura ya lo atendemos ya más+ (Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

Efectivamente, Rodrigo nació en un momento en el cual la relación entre sus padres era más armoniosa,⁴⁵ sus hermanos estaban más grandes y por lo tanto cuidan de él y no tiene que disputarse la atención con hermanos menores. Así mismo, su madre recibe un monto de dinero considerable que le permite mejorar la alimentación de la familia aunque en Rodrigo se traduce en la compra de chiquitines, danoninos, gerber, totis y otros productos que puede adquirir con el gasto que su mamá le da, lo cual podría no ser tan benéfico. Como se aprecia, el mejoramiento en el nivel de vida no se traduce en mejoramiento en las prácticas alimentarias. Cecilia y Rogelio le compran productos comerciales a su hijo porque los consideran benéficos, de esta manera creen estar contrarrestando su baja ingesta de la comida que ellos comen habitualmente.

⁴³ De acuerdo con el manual sobre *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*, dentro de las recomendaciones para alimentación complementaria se encuentra que debe consumirse carne, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades nutricionales a esta edad, a menos que se utilicen suplementos nutricionales o productos fortificados. Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Proveer dietas con un contenido adecuado de grasa. Evitar la administración de bebidas o jugos de bajo valor nutritivo, como té, cafés y sodas para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos (OPS, 2003: 24).

⁴⁴ En algunas regiones de Chiapas la palabra *chunco* hace referencia al hijo menor de la familia.

⁴⁵ En un par de ocasiones Cecilia me confió que los primeros años de su matrimonio fueron difíciles porque había otra mujer interesada en su esposo, por lo cual ella se mostraba celosa y discutía constantemente con él, quien siempre negó tener una relación con esa mujer.

b) Antonia y Rogelio, padres de Luvia y Brígida

La ablactación entre las dos hijas de este matrimonio también presenta diferencias y los padres las explican a partir de la disposición para comer y probar de todo de Brígida, contra la indisposición de Luvia. En Brígida la alimentación complementaria inició a los seis meses de edad, mientras que con Luvia se hizo más tarde porque ahí porque no se lo pude, porque no se lo tragaba pues ò ajá, por eso no le daba (Antonia, Entrevista 07 de Octubre de 2010). A Brígida, inicialmente sólo le daban una vez al día pero conforme ha ido creciendo se le han ido aumentando las porciones y el tamaño de las mismas. Al año y medio de edad Brígida ya decía: am, am, cuando quería comida. Por eso Antonia dice que Brígida ya comía de todo al año de edad mientras que Luvia lo hizo a los dos años de edad. ¿Qué sucedió con Luvia?

Le daba, este, eh, le daba así, este, cómo se llama, este ò hígado, así en caldo; le daba y le daba tortillitas así en caldo de frijol; así le daba; y le daba guineo, así raspado. Había una maestra que me enseñaba; también manzanas así cocido, le daba así. Así le daba, luego me aburrí de darle (se ríe). Nunca subió, ya no le daba. Ya no le di (Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Antonia se frustraba ante la indisposición de Luvia para comer, de hecho, mientras se realizaba el trabajo de campo, entre plática y plática, Antonia se quejaba de que Luvia aún come poco, que es melindrosa, que no le gusta comer lo mismo todos los días y que a veces no se come la comida que le preparan para que lleve a la escuela. Estos desperdicios molestan a Antonia porque ella sufrió mucho de niña a causa de la pobreza; ella le recrimina a su hija y le dice que hay otros niños que quisieran esa comida que desprecia.

Rogelio, su esposo, también hace referencia a diferencias en la disposición para comer de sus hijas, lo cual enlaza con su estado de salud:

Luvia: empezó a comé de un año, de un año porque así para comer bien, bien; a lo mejor lo hace por el diente; porque si es un bebé de seis, siete meses, ocho meses, no come porque no tiene todavía sus dientes; como un año, así empezó ò bueno, Luvia, Luvia cómo creció pues así, de, enferma, casi dos años, ella casi no le comía, sí, no le comía; como ahorita, se nota que está enferma (Entrevista 11 de Octubre de 2010).

En cambio, Brígida:

Brígida no está enferma, a lo mejor, ocho meses que empezó, este, fruta, empezó a agarrarlo, como, ya intenta cómo se come, esas frutas, le pone en su boca y muerde, a lo mejor sí; a lo mejor está enferma en desnutrición sí, diferente puede porque la Brígida, ella es como si fuera una niña abusada (Entrevista 11 de Octubre de 2010).

Para Antonia y Rogelio, Luvia nació enferma y a eso se debe su indisposición para comer. Llama la atención que el padre relaciona el tipo de alimentación de las niñas con su desarrollo al considerar la presencia de los dientes como un factor indispensable para que puedan comer.

c) Josefa y Antonio, padres de Ignacio

Antonio suele trabajar fuera de Ocotepéc, pasa parte de su tiempo entre su localidad de origen y el D.F. Esto explica que la información que proporcionó fuera muy diferente a la que dio su esposa, pues es ella la que se ha encargado de la crianza de sus hijos. Ambos padres coinciden en que Ignacio estaba totalmente inserto a la alimentación familiar a los dos años de edad. Antes de eso, Josefa relata cómo fue. A los tres meses empezó a darle manzana cocida y un poquito de atole. No le daba otras comidas como frijoles. Dice que el frijol hay que dárselo al niño cuando sabe comer, cuando tiene diente, alrededor de los 7 u 8 meses, cuando ya lo puede masticar. A los tres o cuatro meses ya le daba galleta pero la aguadaba con leche. A los 6 o 7 meses ya le daba sopa de arroz. La carne al año o a los dos años de edad, cuando tienen todos los dientes. Ignacio no comía la carne, sólo la masticaba como chicle y lo tiraba. El chayote se lo dio alrededor de los 4 o 5 meses, así como la calabaza y las papas. Mandarina, durazno, naranja y guayaba son frutas que casi no les da porque cuando están chiquitos no saben comer mucho (Entrevista, 08 de Diciembre de 2010).

Como se aprecia, la manera como se llevó a cabo la ablactación de Ignacio está matizada por las representaciones en torno a este proceso; destaca la creencia que los niños deben comer ciertos alimentos cuando ya tienen algunos dientes, y que el consumo de carne debe ser hasta que ya tienen todos los dientes (a los dos años de edad). Así mismo, la creencia que los niños no saben comer mucho que lleva a restringirles el consumo de ciertos alimentos ricos en vitaminas y minerales

como las frutas cítricas. Hay que recalcar que algo que podríamos considerar un acierto en la ablactación, como introducir primero manzanas cocidas, luego chayotes, calabazas y papas cocidas, se ve empañado cuando Josefa refiere que le dio galleta remojada en leche antes de todo lo anterior, pues esto último ya no resulta apropiado para un niño de tres meses. Además, es importante tener en cuenta que, como se expuso en el capítulo anterior, Josefa considera que su hijo come poco.

d) Ricardo y Elena, padres de Jaime

Una de las entrevistas que se realizó a esta pareja fue colectiva. Lo que destaca de la información que proporcionaron es que los padres empezaron a darle de comer a Jaime a los dos años de edad, le daban sopa de pasta, sopa de arroz, chayotes y papas, lo que además constituye su dieta actual. La leche en polvo se la empezaron a dar a los dos años de edad. Más adelante se apreciará algunas opiniones de los padres en torno a las creencias sobre algunos alimentos que podrían estar incidiendo en el estado nutricional de Jaime.

e) Verónica y José, padres de Manuel

Manuel es uno de los niños que aún recibe lactancia materna a sus tres años y medio de edad. Su padre opina que eso es normal. Tanto su padre como su madre comentaron que Manuel recibió lactancia exclusiva hasta los ocho meses. El niño empezó a comer a los dos años de edad tortillas, plátanos y manzanas cocidas, huevos, sopas, galletas y atoles. Todos estos constituyen su dieta actual también pues como bien dijo su padre, le dan la misma comida desde que está chiquito, se le van agregando cosas pero no cambia. Un aspecto que llama la atención es que Verónica considera que un niño es dependiente de su madre hasta los dos años de edad, antes de ese tiempo no lo dejan comer solo sino que la madre lo mantiene.⁴⁶ Este elemento podría condicionar una mala alimentación en los

⁴⁶ En varias localidades chiapanecas es muy común escuchar que una madre, padre o cualquier familiar mantiene a un niño, esto hace alusión que la persona adulta se ocupa de darle de comer al pequeño.

niños, sobre todo cuando nace otro hermano en un periodo intergenésico muy corto: la madre le prestaría más atención al recién nacido y descuidaría al mayor, mismo que aún no estaría preparado para independizarse de la madre. Podríamos pensar en la ablactación como un proceso que contribuiría a la autonomía del niño pues insertarse de lleno en la dinámica alimenticia de la familia lo hace menos dependiente de la madre, además que permite que los padres, al reconocerlo como una boca más, lo coloquen en el lugar de sujeto con necesidades. La dependencia hacia la madre anula su ser como sujeto y lo invisibiliza dentro del proceso alimentario. La autonomía en la mayoría de los niños ocoatepecanos se lograría a los dos años de vida o mucho después, justo en el momento crítico para el desarrollo integral del niño (incluyendo su estado nutricional). En el caso de Manuel, no hay hermanos menores que le resten atención, pero de todas formas, su integración a la dieta familiar es tardía.

f) María e Ismael, padres de Mariana y Jorge

Ismael considera que, debido a su corta edad (año y medio y dos años y medio), sus hijos ~~no~~ saben comer, por eso les sirven poco. María ha contado que a Mariana le empezó a dar de comer desde los quince días de nacida porque ~~estaba~~ estaba enferma, estaba muy flaca, le dio galleta remojada. Esta acción pudo haber tenido efectos negativos en la niña pues un bebé de tan corta edad difícilmente podrá digerir ciertos alimentos, especialmente los procesados como las harinas finas de las cuales están hechas las galletas. Menciona que también le daba manzanas y verduras cocidas, pero éstas las compraba sólo ~~cuando~~ cuando tenía dinero (Entrevista 22 de Septiembre de 2010). Podemos pensar que su hermano menor ha sido alimentado de forma similar, así lo refiere la madre también, la diferencia es que él aún recibía lactancia materna al momento de iniciar este estudio.

En términos generales podemos apreciar que en estas seis familias existen ciertas representaciones acerca de la alimentación de los niños que podrían estar incidiendo en las prácticas alimenticias y éstas en su estado nutricional: en

algunos de los casos la ablactación se llevó a cabo de manera tardía, casi al año de edad cuando la recomendación es iniciarla a los seis meses, y en otros casos se llevó a cabo muy temprano, a los tres meses de vida. La ablactación tardía puede entenderse si pensamos en que para varias de estas familias, es necesario que el niño tenga algunos dientes para que empiece a probar algunos alimentos, y que tenga todos los dientes para que consuma carne, lo cual haría hasta los dos años de edad, cuando la recomendación es introducirla antes de que cumpla el año. Los padres se representan al niño menor de dos años de edad como un bebé o un niño chiquito que aún requiere de los cuidados de sus padres y, en especial, de la madre, quien debe seguir manteniéndolo pues al niño no se le ha enseñado a comer solo; esta dependencia hacia la madre sería un factor que vulnera al niño cuando viene otro hermanito; y aunque no venga otro hermanito, el niño está supeditado a las consideraciones de la madre y el padre respecto a qué debe o no comer, además de las cantidades y presentaciones de la comida. En estas condiciones de socialización, es lógico que el niño a los tres años de edad ya esté acostumbrado a comer poco.

Por otro lado, destaca que algunas familias consideran que ciertos productos industrializados o procesados como el danonino, el gerber y las galletas puedan ser un alimento apropiado para los bebés. Estos productos ricos en azúcar, y que además cotizan precios altos, podrían tener más efectos negativos en el niño que positivos, pues moldean el gusto, haciéndoles proclives a consumir altas cantidades de azúcar cuando aún no son necesarias. Además, desconocemos la cantidad de gerber, danonino y galletas que se le dan a los niños; entre más pequeños sean, mayor será el impacto de la dependencia a la azúcar o a los sabores dulces.

Sólo una familia hizo referencia al consumo de leche de fórmula desde que su hija estaba pequeña, pero para que esto se llevara a cabo tuvo que haber disponibilidad de la niña para tomarla, y recursos monetarios para poder comprarla; así sucede con algunas frutas y verduras como la manzana o la papa que no se producen en Ocotepc pero las madres deben comprar para que sus

hijos las coman. La disponibilidad y accesibilidad de los alimentos se discutirá en los siguientes apartados. De momento, es importante apuntar que la leche de fórmula tiene un precio elevado para varias de las familias, por lo cual es difícil pensar que varias de ellas lo consumirían.

Los padres consideran que la disposición para comer en los niños depende de su voluntad, no vinculan que la baja ingesta en los primeros meses de vida que no se mejora conforme se desarrolla, porque se le considera un niño pequeño que ~~no~~ sabe comer+o que no requiere tanto alimento, condiciona al niño a comer poco, el niño aprende a sobrevivir con la mínima ingesta, en primera instancia recurriendo a sus propias reservas de energía, de ahí el estancamiento de peso, y cuando ya no son suficientes viene la caída de peso, cuando empezamos a hablar de desnutrición. Todo este proceso puede darse justamente en el primer año de vida, cuando el niño debería atravesar por la ablactación.

A veces la ablactación se realiza de manera muy temprana y con errores, como el consumo de galleta remojada que refirieron dos familias. En consecuencia, podemos pensar en que la manera como se lleva a cabo la ablactación en Ocotepc, en términos de representaciones y prácticas, estaría incidiendo en el estado nutricional de los niños. Poco a poco iremos revelando otros aspectos de la alimentación que estarían repercutiendo. A continuación resumo en un cuadro algunos detalles de la lactancia materna y de la alimentación complementaria que se recopilaron durante las entrevistas.

Tabla 20 Características de la lactancia materna y la alimentación complementaria en los niños.

Nombre del niño	Recomendación de los especialistas (OPS, 2003)	Lactancia y destete (LD)/ablactación (A)	Cómo se llevó a cabo
Rodrigo (Hijo de Cecilia y Eliodoro)	La lactancia materna exclusiva puede llevarse a cabo hasta los seis meses; la lactancia materna puede prolongarse hasta los 24 meses o más siempre y cuando el niño el niño reciba alimentación complementaria.	LD	Primero recibió leche NAN %gotas+debido a que nació prematuro y %no tenía fuerzas ni para mamar+. Más adelante recibió lactancia materna exclusiva hasta el tercer mes de vida. Al momento del estudio tenía más de tres años y seguía recibiendo lactancia materna a libre demanda.
		A	Gerber, papas, chayotes cocidos y tortillitas en caldo a los tres meses. Desde bebé Rodrigo comía poco y hasta la fecha sigue comiendo poco y aún no acepta carne ni huevos.
Brígida (Hija de Rogelio y Antonia)		LD	Lactancia materna exclusiva hasta el tercer mes de vida pues aceptó la leche de fórmula que sus papás le dieron con %boringa+. A la fecha, con año y medio de edad, sigue recibiendo lactancia materna a la par que la leche de fórmula (tres onzas tres veces al día).
		A	Comenzó a los seis meses de edad con una porción pequeña al día; el número y el tamaño de las porciones han ido incrementándose paulatinamente a libre demanda de la niña.
Luvia (Hija de Rogelio y Antonia)		LD	Lactancia materna hasta los tres años de edad. %No aceptó+leche de fórmula.
		A	Al año de edad la madre empezó a darle hígado en caldo, tortillitas en caldo de frijol y plátano raspado pero la niña no lo aceptaba y por ello su madre dejó de dárselo. Empezó a %comer bien+ hasta que cumplió los dos años de edad.
Ignacio (Hijo de Josefa y Antonio)		LD	Lactancia materna exclusiva hasta los tres meses de edad. Lactancia materna hasta los tres años de edad.
		A	3- 4 meses: manzana cocida, atoles y galleta aguadada con leche 4- 5 meses: chayotes, calabazas y papas cocidas 6 meses: sopa de arroz 7 meses: frijoles 12 meses: carne (aunque el niño no la comía, sólo la masticaba %como chicle+ y luego la tiraba)
Jaime (Hijo de Elena y	Alimentación complementaria o ablactación:	LD	Lactancia materna hasta los tres años de edad. A los dos años empezó a tomar leche.
		A	Empezó a los dos años de edad con sopa de

Ricardo)	Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de los niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos (meriendas que pueden servirse los niños por sí solos). A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia. Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten.		pasta, sopa de arroz, chayotes y papas cocidas.
Manuel (Hijo de Verónica y José)		LD	Lactancia materna exclusiva hasta el año de edad. Continúa con la lactancia materna hasta la fecha, tiene poco más de tres años de edad.
Mariana (Hija de María e Ismael)		A	Comenzó cuando tenía un año de edad con tortilla, manzana cocida y plátano.
Jorge (Hijo de María e Ismael)		LD	Lactancia materna exclusiva hasta los quince días de nacida; destete a los seis meses de edad debido a que su madre volvió a embarazarse. Desde entonces recibió leche de fórmula en biberón.
		A	A los quince días de nacida su madre le dio galleta remojada.
		LD	Lactancia materna hasta el año y medio de edad. Posteriormente su madre se embarazó pero no sabemos si le suspendió el pecho.
		A	La madre sólo ha dicho que le dio de comer sopa de arroz y sopa de fideos desde chiquito+.

Fuente: Entrevista socioantropológica, Ocotepc, México, 2010.

A continuación analizaremos el proceso alimentario que viene a constituir otro cúmulo de representaciones y prácticas de sumo interés para problematizar la alimentación de estas familias.

4.2 Proceso alimentario

No podemos negar que a la necesidad de alimentarse subyace una lucha por la sobrevivencia; sin embargo, es importante tener en cuenta que la alimentación también se ve afectada por la ecología o el tipo de ecosistema donde se asientan los grupos humanos, y sobre la cual estos van desarrollando una serie de creencias, ideas y percepciones que englobaremos en el marco de sus representaciones sociales acerca de la alimentación. Estas representaciones nos darán cuenta de las propiedades que las familias ocotepcanas atribuyen a algunos alimentos, a sus combinaciones, a sus presentaciones, a su preparación, etc. en este sentido, la alimentación es un fenómeno social, biológico, ecológico e incluso psicológico pues, como veremos, el gusto por los alimentos en cada persona varía de acuerdo a sus experiencias de vida, a su manera de situarse en la sociedad pues la comida también sirve para clasificar a las personas, a los

ricos, a los pobres y a los más pobres. Además, la alimentación también viene a constituir un eje de análisis de otros procesos sociales como la organización y la dinámica familiar anclada a la organización social del trabajo que darán cuenta de la manera cómo los géneros y las generaciones se relacionan y organizan con el objetivo de garantizar su subsistencia y su continuidad.

La complejidad de la alimentación como materia de estudio nos obliga a prestar atención a una multiplicidad de variables o factores que la afectan o que están implicados en ella; además, su repercusión directa en el estado nutricional de los niños nos lleva a explorarla forzosamente al menos desde el marco de las representaciones, pues consideramos que éstas influyen totalmente en las prácticas, en el acto de comer. Las prácticas se exploran menos debido a dificultades que estuvieron fuera de nuestra voluntad y que se mencionan en el capítulo que explica la metodología.

Justamente por la complejidad que la caracteriza, nos parece pertinente dividirla en cuatro fases siguiendo a Contreras (1993). Estas cuatro fases se han dividido respondiendo a fines prácticos y analíticos; sin embargo, en la realidad forman un continuum, por lo tanto, es comprensible que mientras hablemos de la primera fase hagamos alusión a la segunda o a la tercera, o a la cuarta.

Siguiendo a Contreras (1993) el proceso alimentario alude a *los modos de aprovisionamiento y de transformación de la alimentación*. El mismo autor lo divide en cuatro fases:

- Producción: Esta fase es predominantemente económica pues está ligada al sector primario, a la organización del trabajo y a las técnicas de producción y almacenamiento.
- Distribución: Esta fase es la más afectada por la política puesto que el repartimiento de los productos que se producen sigue diversos fines, unos pueden servir para autoconsumo, otros como pago es especie, tributos o impuestos; además, en esta fase se discuten los arreglos que se hacen al

interior del grupo doméstico con relación a la conservación, a la venta en el mercado, y sobre todo, el consumo hasta la próxima cosecha.

- Preparación: Esta fase hace referencia al ámbito privado de lo doméstico, la cocina como espacio predominantemente femenino, por lo cual muestra claramente los sistemas de división y estratificación del trabajo doméstico patrimonial; por otro lado, también hace referencia a las técnicas de conservación y depósito de los alimentos. Así mismo, en esta fase se revelan creencias y técnicas en referencia a las propiedades de los alimentos que repercuten en su manera de cocinarse y en su aprovechamiento en términos nutricionales.
- Consumo: Por un lado, esta fase revela el tipo de relación que se da entre los integrantes del grupo doméstico, a quién se le sirve primero, qué se le sirve y la cantidad; por otro lado, muestra aspectos de la identidad grupal cuando rastreamos en la racionalidad del consumo qué comen los grupos, por qué lo comen como lo comen, dónde lo comen, cuándo lo comen, el número de comidas al día, etc.

Debemos tomar en cuenta que, aunque todas las familias constituyen historias diferentes, tienen maneras similares de ir resolviendo cada una de estas fases, sus estrategias son muy similares y refuerzan nuestra premisa de que es importante tomar a la familia como unidad de análisis, en tanto que:

La familia constituye la unidad donde en forma directa o como mediadora se constituyen y operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y mortalidad de los diferentes grupos etarios y en particular en menores de cinco años. Es la institución en la cual repercuten en forma directa -las consecuencias de la crisis económica actual y las denominadas políticas de ajuste. Es además, la unidad a partir de la cual se constituyen y/o se organizan y/o se articulan las principales redes respecto del proceso salud/enfermedad/atención+(Menéndez, 1993: 134).

Es decir, aunque se sitúe en el marco de lo microsocioal, las familias reflejan las dinámicas estructurales que podrían ser comunes a muchos otros grupos sociales y no únicamente a Ocoatepec, Chiapas. Esto es importante, sobre todo cuando partimos del hecho de que este municipio ha sido catalogado como uno de los más pobres del país.

A continuación analizaremos cómo estas familias ocotepicanas van resolviendo este proceso alimentario, que, como se irá viendo, tiene relación directa con las condiciones materiales de existencia de estas familias, que sobra decir, están ancladas a la dinámica económica del país.

4.2.1 Obtención de alimentos

Esta primera fase del proceso alimentario se lleva a cabo de cuatro maneras en Ocotepic: la primera es la producción agrícola y doméstica que constituye la forma de vida de estas familias con las cuales hemos trabajado; la segunda incluye los suplementos alimenticios que las madres de familia reciben a manera de donaciones (Garrote, 2003) por parte de Oportunidades, así como el apoyo monetario que reciben del mismo programa; la tercera remite a los alimentos que se obtienen por medio de la transferencia de bienes económicos bidireccionales (Garrote, 2003), en la cual las partes que se intercambian son iguales, es decir, las compras, por ejemplo, se intercambia un kilo de frijoles por diez pesos; la cuarta incluye el paquete nutricional que distribuye UKA, mismo que se encontraría en el punto intermedio entre la donación y la compra ya que dicho paquete tiene una cuota de recuperación de \$15.00, por lo cual las madres lo perciben como muy barato.

Aunque el apoyo de Oportunidades es monetario y no en alimentos, se incluye en esta discusión en tanto que los representantes del programa con frecuencia le dicen a las madres de familia que ese dinero es para que le compren comida a sus hijos, lo cual no puede llevarse a cabo de manera estricta debido a las condiciones de vida de estas familias.

Por otro lado, la obtención también involucra a varias instituciones y actores, es decir, que participan personas que forman parte de la familia y otras que no como el Estado por medio de sus programas asistenciales como Oportunidades. Así mismo incluimos a UKA, como ONG, aunque las despensas que distribuye son patrocinadas por el gobierno estatal por medio del DIF.

Todas las informantes claves de este estudio, excepto Elena que fue dada de baja desde hace más de un año debido a inasistencias, están inscritas a Oportunidades y por consiguiente reciben la papilla Nutrisano cada dos meses y apoyo monetario o %económico+. Todas las madres de este estudio, excepto Josefa que fue dada %de baja+ debido a cambio de residencia, están inscritas a UKA que les otorga ayuda en alimentos. En consecuencia, podemos decir que todas las mujeres incluidas en este trabajo participan de la gestión pública para hacerse de recursos alimenticios. Sin embargo, su pertenencia a dichos programas no es sinónimo de mejor alimentación debido a dos factores, en primera instancia, los culturales que remiten a las representaciones que ellas tienen de los productos que les otorgan, y en segunda instancia, los burocráticos o institucionales que remiten a las fallas operativas de dichos programas. Esto se analizará en la parte de corresponde a cada una de estas formas de obtención de alimentos.

A continuación iremos analizando cómo se realiza la obtención de los alimentos en cada uno de los cuatro casos, de manera que podamos aproximarnos a las dinámicas de género que están en juego, así como las dificultades de todo tipo que cada una presenta.

a) La producción agrícola y doméstica

Podríamos catalogar a Ocotepéc como una sociedad campesina pues la mayoría de las personas se dedican a actividades primarias, agrícolas y ganaderas. La mayoría de las familias incluidas en este estudio subsisten de la agricultura de autoconsumo que combinan con el trabajo como jornaleros, denominados %chambeadores+ en Ocotepéc. Los padres de familia eventualmente también migran a otras ciudades del país para emplearse como chalanés o albañiles, pero la mayoría reconoce que %no se haya+ al estilo de vida de las grandes ciudades (DF, Guadalajara, Cancún, Oaxaca, etc.) y por ello sus estancias son relativamente cortas, de dos a seis meses aproximadamente. En consecuencia, debemos entender que la migración es una estrategia que usan estas familias esporádicamente, sobre todo en casos de deudas o cuando la situación en

Ocotepec se percibe muy amenazante o precaria. Existen familias ocotepecanas que migran por periodos más largos pero no se incluyen en este estudio; se trata de las familias que migran a lugares más lejanos como los Estados Unidos, de donde se dificulta regresar con frecuencia debido a las políticas migratorias. Sólo uno de los padres de familia vive prácticamente del trabajo fuera de Ocotepec, el esposo de Josefa; sin embargo, él también percibe la situación fuera de Ocotepec como difícil pues en ocasiones pasan semanas sin que encuentre empleo. Todos estos padres perciben que la vida en Ocotepec está dura, pues el trabajo escasea, y en consecuencia, el dinero.

Ninguno de los padres de familia de este trabajo tenía alguna vinculación con los servidores públicos de la presidencia municipal debido a que ninguno era perredista sino priísta. Esto es importante pues, como varios padres y madres de familia refirieron, quizás la única fuente de trabajo estable y bien remunerado en Ocotepec sería desempeñar algún puesto en la presidencia, pero estos puestos son otorgados a aquellas personas con las cuales el presidente municipal en turno hizo compromisos⁴⁷ desde el periodo de campaña.

Dicen Cecilia, Ricardo (Diario de campo, 02 de Septiembre de 2010 y 12 de Enero de 2011) y otros padres de familia, en Ocotepec las cosas son por partido. Esto repercute no sólo en la posibilidad de adquirir empleos sino en el establecimiento de redes sociales, tan importante en la obtención de recursos de las familias, pues las madres de este estudio se quejaban de que también algunos apoyos como despensas, ropa, medicamentos, sillas de ruedas, y otros tantos, que llegan a Ocotepec a través del DIF y otras dependencias gubernamentales, a pesar de constituir gestiones que realizan las mujeres en su vinculación o en el establecimiento de redes con otras mujeres, también se manejaban por partido, porque también las mujeres que administran dichos recursos se adscriben a partidos políticos. Es por ello también que muchas personas expresaban que no

⁴⁷ Hacer compromisos alude a que los presidentes municipales reciben apoyos financieros de algunas personas para hacer sus campañas, esto a cambio de otorgarles un buen puesto en la presidencia municipal una vez ganadas las elecciones.

tenían qué opinar al respecto de la presidencia pues, al fin y al cabo, como a ellos/as no les daban nada, la presidencia no tenía por qué meterse con ellos; aunque las críticas hacia la figura del presidente municipal, hacia el PRD, y otros aspectos políticos constituían motivo de malestar entre la población ocotepecana.

En este contexto de escasez de trabajo, los padres de familia tienen que subsistir al interior de la comunidad de la manera que pueden, y cuando no es suficiente tienen que salir de la misma aunque lo hagan con malestar pues no les gusta dejarla. Cuando ~~hay~~ ~~trabajo~~, que es en las temporadas de siembra o de cosecha, pueden emplearse dos o tres veces por semana con un salario de \$60.00 a \$80.00 por jornal, dependiendo del tipo de trabajo que se desempeñe. En ocasiones ~~hay~~ ~~trabajo~~ pero el clima no les permite salir, por lo cual los hombres permanecen en casa, y esta situación puede durar varios días en temporada de lluvias, de ciclones o de frentes fríos, y que afecta de manera particular a Ocotepc que de por sí se caracteriza por su clima húmedo con lluvias durante casi todo el año.

Este factor, que podemos denominar climático, también afecta la producción agrícola y la obtención de alimentos pues con el exceso de humedad las cosechas se pierden. Hay alimentos como los frijoles que se dañan con mucha facilidad; además, existen personas que llegan a robar las cosechas de otros justamente en esos momentos cuando saben que los dueños difícilmente irán a visitar sus cultivos debido al riesgo que implica dejar la comunidad en tiempos de lluvias intensas o constantes, sobre todo si pensamos en que la mayoría de los padres tienen que caminar por lo menos media hora para llegar a su terrenos, y que esos caminos son brechas o terracerías que se erosionan fácilmente con el exceso de humedad.⁴⁸ Además, ninguno de los padres de familia con los cuales se trabajó tenía ~~bestia~~ (burro, mula o caballo) para poder transportar sus cosechas, esto deben hacerlo con mecapal, lo cual hace más difícil la tarea.

⁴⁸ Durante el trabajo de campo tres personas fallecieron en Ocotepc a causa de accidentes generados por el estado del tiempo; entre ellas una niña que fue arrastrada por la corriente crecida del río cuando acompañó a su madre a lavar.

Todos estos elementos afectan la producción agrícola porque mujeres y hombres de familia no se arriesgan a invertir mucho en la siembra, pues no saben si será prolífica y tampoco pueden evitar el robo o incidir en los factores climáticos o en el control de las plagas (roedores como las tuzas, por ejemplo). Para ellos es más prudente sembrar ~~por~~ ~~tarea~~+ y recuperar lo suficiente para su autoconsumo. Incluso, hay mujeres en Ocotepéc, informantes secundarias, que prefieren ya no sembrar porque simplemente ~~no~~ ~~les resulta~~+. En este sentido, destaca la participación activa de la mujer en la activación y permanencia de las actividades agrícolas en la localidad aunque sus maridos no se dediquen a ello, pues ellas pagan sus chambeadores para que les limpien, siembren y recojan los productos cuando ellas no pueden hacerlo; sobra decir que hay mujeres que sí hacían esto como Verónica, María y Antonia, aunque han dejado de hacerlo últimamente debido a que sus hijos están muy pequeños. Otras mujeres, como Josefa, no siembran pero sí llegan a recoger productos que sus familiares siembran y a cortar leña para sus fogones.

De igual forma, la ecología afecta a la región pues el suelo de Ocotepéc es considerado no apto para el uso agrícola y pecuario⁴⁹ y esto también repercute en la producción agrícola. Elidoro atribuye la baja producción a que la tierra ha perdido fertilidad debido a que los campesinos carecen de mayores extensiones de terreno que les permitieran dejar descansar sus tierras. Cuentan las generaciones más viejas (Diario de campo, 23 de Noviembre de 2010) que antes de la Reforma Agraria los terrenos en Ocotepéc no tenían dueño y las personas podían sembrar ~~dónde quisieran~~+, por ello cambiaban de terreno año con año. A partir del parcelamiento que generó la pequeña propiedad, los terrenos tienen dueño y deben respetarse las áreas de cultivo, trayendo como consecuencia su desgaste excesivo al no dejarlas descansar, sobre todo si pensamos en el crecimiento poblacional constante que provoca que cada vez le toquen menores extensiones de tierra a cada familia.

⁴⁹ INEGI, Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos, Ocotepéc, Chiapas, disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/07/07060.pdf>, Fecha de consulta: 04 de mayo de 2011.

Los productos que se dan, es decir, que son propicios de cultivar, en Ocotepc son el frijol negro, el frijol boti, el maíz, los camotes, las calabazas, los chayotes, la malanga, el macal, la yuca, el café, los plátanos y, en menor medida, las naranjas, las guayabas y las mandarinas. Todos estos se cosechan en la temporada de abundancia que va de septiembre a enero o febrero, y se combinan con otros productos de temporada pero que no se cultivan deliberadamente sino que crecen de manera silvestre en lugares oriundos a Ocotepc pero con clima más cálido como los hongos (monih), el cacaté, el chichón y los aguacates; es por ello que estos alimentos no crecen en los traspatios de las familias sino que muchas veces los encuentran accidentalmente⁵⁰ cuando van camino a otras localidades o terrenos.

Todos estos productos que se cultivan y se encuentran accidentalmente sirven para el consumo de la propia familia, pero si se dan en abundancia también se venden dentro de la misma localidad o se distribuyen con familiares cercanos. Ninguna de las familias de este estudio comercializaba sus productos fuera de Ocotepc pues su producción no perseguía ese fin. Con la venta local de sus productos se hacen de dinero líquido para comprar otros alimentos que no se producen en la localidad, o bien, para otros gastos, pero quienes estaban encargadas de realizar las ventas son las mujeres, son ellas quienes se los ofrecen a otras mujeres o quienes salen a venderlos a las calles principales o bien, lo ofrecen casa por casa; niñas y jovencitas también participan de la venta.

De igual forma, con regularidad las mujeres son las encargadas de administrar el dinero que sus esposos ganan con sus trabajos. Cecilia, Antonia, Josefa, Verónica y Elena expresaron que sus esposos les pasan el dinero y ellas deciden qué hacer con él, que en su mayor parte se destina a gastos de alimentación:

Yo compro así cada que gana mi esposo, así diario le pagan mi esposo, así, si lo pagaron en la mañana ya en la tarde lo compro mi comida, o como hoy, que va a trabajar mañana, ya le pagan

⁵⁰ Con frecuencia las mujeres de este estudio me invitaban a comer alguno de estos alimentos que encontraban accidentalmente; la frase *mi marido lo encontró*, hace referencia a que no se buscaban deliberadamente sino que su hallazgo fue fortuito.

ahora para que yo compre para mañana. Así diario lo compro, no lo compro que yo diga voy a comprar así a la semana. No, no compro las cosas bastante+(Cecilia, Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

%o lo compro pero me da mi esposo el dinero ñ cuando tiene me da todo su dinero que yo lo guarde, que yo lo vea todo lo que voy a comprar; y cuando no, me da cincuenta peso, cien peso ñ sí, así nada más me da+(Antonia, Entrevista 07 de Octubre de 2010).

%lla llega a hacer su compra y su marido trabaja y le pasa el dinero+(Verónica, Entrevista 20 de Septiembre de 2010).

Pero, como hemos visto, es difícil que en Ocotepéc un hombre trabaje diariamente, así que ellas saben que sus esposos no les pasarán dinero diariamente sino cuando consiguen trabajo, es por ello que las mujeres ocotepecas tienen la costumbre de pedir prestado, un recurso que emplean no sólo para comprar alimentos sino para comprar medicamentos, útiles escolares y otras tantas necesidades, aún cuando los maridos tengan trabajo. Dichos préstamos se pagan cuando cobran su dinero de Oportunidades, por lo cual se le puede considerar una práctica generalizada y que pone en evidencia la habilidad de las mujeres para establecer redes sociales que les permiten hacerse de recursos monetarios en casos de necesidad pues no sólo recurren a familiares cercanos sino a amigos.

Volviendo a la producción agrícola, la temporada de hambre empieza en abril después de la feria de San Marcos, la fiesta del pueblo, cuando ya se han terminado los productos que se cosecharon y cuando ha concluido la temporada de algunos de los que se dan de manera silvestre. En esta época disminuye el trabajo porque no es temporada de siembra ni de cosecha, y por ello escasea el dinero. Justamente, varios padres de familia referían que las fechas que elegían para migrar eran a partir de enero o febrero, cuando sentían que ya no tenían qué hacer en la localidad. Sin embargo, algunos padres, como Eliodoro, admiten que es temporada de hambre para los que no trabajaron, los que trabajaron y lograron guardar suficiente maíz, no tienen de qué preocuparse. Los que no guardaron, no produjeron suficiente o simplemente no produjeron tendrán que comprarlo a la

CONASUPO⁵¹ al precio que esta marque, y sujetándose a la disponibilidad del producto porque, a partir de lo que refirieron informantes claves y secundarios, CONASUPO tampoco se da abasto para responder a la demanda de los ocotepecanos, cuyo alimento principal es el maíz. Así se entiende que para las familias ocotepecanas tener dinero líquido es indispensable para poder sufragar los gastos que implica la dieta básica, cuando ésta no puede obtenerse totalmente de la actividad agrícola.

b) Las donaciones: el apoyo de Oportunidades y los suplementos alimenticios

Aunque el dinero que las familias reciben de Oportunidades ha venido a constituir una fuente importante de ingresos monetarios, éste no puede sufragar todos los gastos que se generan en el seno doméstico. Como se vio en el capítulo anterior, entre más dinero reciben las familias mayores son sus compromisos porque seguramente tienen varios hijos o éstos son más grandes. Ese dinero sirve para comprar ropa, calzado, medicamentos, útiles y material escolar, para pagar servicios y combustible (leña y, en algunos casos, gas), y, como vimos antes, para pagar deudas que adquieren entre un pago de Oportunidades y otro.

Con todos estos gastos es factible pensar que lo que se destina a alimentos es mínimo, aunque el médico y enfermera les exijan a las mujeres en las pláticas que lo utilicen exclusivamente con ese fin. Como bien decía Cecilia *lo que le alcanzaba les daba a sus hijos* (Entrevista 02 de Septiembre de 2010), o como reclamaba Antonia, *setecientos pesos que le da el gobierno cada dos meses no son suficientes* (Entrevista 07 de Octubre de 2010). Es por ello que estas familias pueden mejorar su alimentación gracias a Oportunidades pero sólo unos días cada bimestre. En esos días muchas familias se permiten comprar algún tipo de carne, y algunas frutas y verduras de las cuales no se producen en la localidad. La carne en Ocoatepec no constituye parte de la dieta diaria de las familias con las

⁵¹ La Compañía Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) fue una empresa paraestatal que se dedicó a acciones relacionadas con el sistema de abasto y la seguridad alimentaria mexicana. Fue creada en 1962 con el fin de garantizar la compra y regulación de precios en productos de la canasta básica, particularmente el maíz.

cuales trabajamos, ellas en su mayoría la consumen una vez por semana o cada quince días. La mayoría de las familias con las cuales trabajamos se adscriben en el estatus de pobres, y como dice Elidoro: los pobres *no* hacen lo que hay, es decir lo que lograron cosechar o comprar. Las compras se realizan al día y no se compran alimentos para varios días pues además carecen de aparatos de refrigeración para conservarlos. Si una familia pone una olla de frijol, procura consumirlo hasta que lo termina con tal que no se desperdicie. Otros alimentos se compran *cuando hay*, es decir, cuando tienen dinero, pero la mayoría de las familias consideran que lo que compran *asi no les da abasto* (Cecilia), *es insuficiente* (Elena), o bien, que el dinero no les resta (Verónica).

En febrero de 2011 visité a Antonia en el día que le dieron su pago de Oportunidades. Por la tarde la acompañé a hacer sus compras y noté que le preguntó a su hija mayor qué quería, la niña pidió cereal, del cual Antonia le compró dos variedades a \$8.00 cada bolsa con 100 gr cada una. También compró galletas con merengue, que suelen comer con poca frecuencia, compró panes y fue a preguntar por la leche de su hija menor pero no se la compró porque había subido de precio, ahora costaba \$3.00 más, y necesitaba verificar si podía conseguirla a mejor precio en otras tiendas. Este ejemplo, nos muestra cómo contribuye el apoyo de Oportunidades para diversificar la alimentación familiar y para comprar alimentos que son más costosos.

En cuanto a los suplementos alimenticios (papillas) Nutrisano y Nutrivida que entrega Oportunidades, durante el trabajo de campo encontré que éstos no siempre se distribuyen en tiempo y forma, sino que en ocasiones dejan de distribuirse por varios meses y cuando llegan, de manera retroactiva, las madres de familia no las consumen sino que las venden por \$1.00 a otras mujeres, o bien, se las dan a los animales. El médico de la UMR dice que él y la enfermera son responsables de la distribución de la papilla, no así del uso que las madres le den a la misma *ni modos que vayamos a cada casa a ver si no tenemos tiempo para eso, aunque sería importante hacerlo* (Diario de campo, 15 de febrero de 2011). Las madres de familia que formaron parte de este estudio hicieron referencia a

que le daban a sus hijos estas papillas, desafortunadamente desconocemos la calidad en la preparación de las mismas y la frecuencia con la cual la administran, lo cual nos impide hacer un juicio respecto a si resulta positiva para los niños o no. Además, Antonia admitió que ella no consumía la papilla sino que se la regalaba a quien se la pidiera (Diario de campo, Febrero de 2011). Con frecuencia se escucha a las mujeres comentar que otras mujeres no consumen las papillas, que las venden o que se las dan a los animales, estas acciones no pueden criticarse sin atender a que regularmente ellas reciben la papilla porque ~~hay~~ que llevársela consigo; por otro lado, a muchos niños les resulta desagradable y no la aceptan. Cecilia ha dicho que anteriormente sí le daba la papilla a su hijo, también Antonia y Verónica lo han expresado, pero si recordamos que todas estas mujeres han referido que sus hijos ~~comen poco~~, o que cuando enferman ~~dejan de comer~~, es factible pensar que el efecto de la papilla será limitado aún cuando decidan consumirlo, y que, además, es un suplemento nutricional que no ha sido diseñado para sustituir la alimentación doméstica sino para contribuir con ella. Si la alimentación en casa es escasa o poco nutritiva, la papilla no hará mucho por el niño; esto también podría tener repercusiones en las representaciones que las madres van construyendo en torno a la efectividad de la papilla, pues ellas creen que no funciona por sí misma cuando su efectividad está en función de la forma de preparación, la calidad del agua con que se mezcle, la frecuencia con que se administre, etc.

c) Las compras

Las compras en Ocotepéc están orientadas por las representaciones que las familias tienen acerca de determinados alimentos. Destaca que muchas familias compran arroz, fideos, pan, avena y refrescos embotellados, productos que no son regionales, así como los niños reciben gasto escolar que les permite comprarse sus propios alimentos. Algunos de los niños incluidos en este estudio (Rodrigo e Ignacio) recibían gasto a pesar de su corta edad y de no asistir a la escuela. Cecilia incluso comenta que Rodrigo le pedía \$5.00 para sus chiquitines o danoninos, dos productos hechos a base de yogurth, y para totis y otras golosinas.

Es importante apuntar que varias de las cosas que los niños consumen diariamente, principalmente golosinas y frituras, se obtienen a partir de las compras, y que a pesar de su corta edad, los niños ya pueden solicitarlos a sus madres y comprarlos ellos mismos.

Las compras se realizan conforme las familias perciben que van necesitando las cosas. Las cosas no se compran en grandes cantidades pues, aparte que no siempre se dispone de capital para hacerlo, no hay forma de conservar los alimentos por largos periodos de tiempo. Así como el salario se gana día por día, de igual forma las compras se hacen al día. Ninguna de las familias de este estudio tenía grandes despensas acumuladas en casa sino que se podían observar cocinas con unos cuantos enseres y uno que otro recipiente con azúcar, sal, aceite, café comercial, pastas para sopa y otros alimentos procesados en presentaciones pequeñas. En tiempos de cosecha sí se apreciaban costales con frijoles, maíz, chayotes, calabazas y otros tantos que tampoco se acumulaban por mucho tiempo porque se dañaban. Además, fue notorio que a varias de estas familias ocotepicanas les gusta comer los alimentos frescos o tiernos, por eso no los guardan mucho tiempo sino que los consumen conforme los van cortando.

Las compras son importantes porque les permiten diversificar su dieta con alimentos que no son regionales como las salchichas, el jamón, las galletas, los fideos, y con productos que aunque se producen en Ocoteppec son más baratos en las tiendas como los huevos. Otros productos que no se producen en Ocoteppec como el arroz, el aceite, el azúcar y los fideos son parte de su dieta básica pero actualmente están siendo distribuidos por UKA, por lo tanto, las mujeres no tienen que gastar en ellos precisamente sino a través de una cuota de recuperación mínima que cubre estos y otros productos que contiene la despensa de dicho programa.

d) Las ayudas institucionales, entre la donación y la compra: el paquete nutricional+de UKA

En esta forma de obtención de alimentos cobra importancia la ayuda institucional que en Ocotepéc se representa con UKA, por el lado de las ONGs. Para esta institución, al igual que para Oportunidades, sus principales objetos de acción son las mujeres en su rol de madres- esposas. Estos programas llevan a cabo acciones concretas con carácter obligatorio que las madres de familia ejecutan con la finalidad de hacerse de los beneficios que otorgan; sin embargo, aunque ellas realicen la gestión de acuerdo a las normas o a los patrones de acción que dichos programas marquen, el destino que siguen esas ayudas alimentarias no es justamente aquel para el cual fueron diseñados, sino el que las mujeres deciden de acuerdo a sus representaciones sociales en torno a dichos productos.

En cuanto a UKA, esta ONG trabaja por medio del Programa Integral de Nutrición cuya metodología⁵² tiene seis acciones para combatir la desnutrición⁵³ y que se han mencionado en el segundo capítulo. De todas estas acciones sólo analizaremos la cuarta que es la que afecta al proceso alimentario. Cabe mencionar que yo trabajé en esta institución como promotora comunitaria durante dos años, por lo tanto conozco la metodología.

UKA le vende a las madres de familia una despensa que recibe el nombre de paquete nutricional+, éste contiene: un kilogramo de arroz, un kilogramo de

⁵² Disponible en la página web de UKA: <http://www.unkilodeayuda.org.mx/QueHacemos.asp>, última consulta: 04 de Abril de 2011.

⁵³ Las acciones son: 1, la vigilancia nutricional que consiste en la toma de peso bimestral a los niños con peso normal y cada catorce días en los niños con desnutrición moderada y severa, así como la toma de talla general cada seis meses; 2, la detección de anemia, lo cual se realiza cada seis meses y cuando el niño la tiene se le otorga el tratamiento correctivo de manera gratuita; 3, la educación nutricional, estrategia dirigida a las madres de familia que consiste en reforzar los conocimientos sobre nutrición y salud, con la finalidad de desarrollar actitudes y costumbres que faciliten la correcta alimentación y el cuidado adecuado del niño; 4, paquete nutricional, se refiere a la distribución cada catorce días de una despensa que contiene diez productos con un costo de recuperación de \$15.00; 5, evaluación del neurodesarrollo, para identificar el desarrollo intelectual alcanzado por los niños al año y a los dos años de edad, así como se promueven actividades encaminadas a fomentar la estimulación temprana; 6, agua segura, que pretende diseñar estrategias para mejorar la calidad del agua de las comunidades.

azúcar, un kilogramo de frijoles, un kilogramo de harina de maíz, un litro de aceite, dos bolsas de pasta para sopa, tres sobres de leche en polvo (cada uno rinde dos litros), un sobre de un cereal compuesto de soya, avena y amaranto llamado Amanene, dos mazapanes y siete galletas. En teoría, los últimos cuatro productos deberían ser para consumo exclusivo de los niños inscritos al programa, pero no siempre es así pues toda la familia consume de todos los productos, cuando estos no se destinan a la venta, ya que esto sucede con frecuencia. Como se mencionó antes, este paquete nutricional tiene un costo de \$15.00.

En teoría la distribución de esta despensa o paquete nutricional debería realizarse cada catorce días. Sin embargo, por diversas circunstancias, el programa no realiza la distribución en tiempo y forma. Por ejemplo, en el año 2009 no se distribuyó producto durante los meses de enero, febrero, marzo, abril y mayo; cuando el producto empezó a distribuirse, las madres recibían paquetes dobles; es decir, dos despensas en lugar de una por niño inscrito en el programa, había familias que recibían hasta cuatro paquetes. Estos excedentes rara vez son acumulados por las madres; como pude observar, ellas los distribuyen con sus amigas, familiares y otras personas interesadas en adquirirlos. Aunque a las madres se les explique que esa distribución doble es temporal ya que se trata de una distribución en retroactivo, ellas no los guardan.

En el año 2010 sucedió algo parecido en los primeros meses del año y en 2011 también. Esto que sucede en UKA, sucede con los Desayunos Escolares y con las papillas Nutrisano y Nutrivida. Hay desfases en su distribución. Los productos dejan de venir por meses y cuando llegan son en retroactivo. Las madres no tienen el hábito de conservarlo sino de repartirlo. En teoría, de estos programas reciben productos acumulados para lo que serían dos o tres meses, a veces más, de distribución, pero pasados quince días o un mes, ellas ya no tienen nada.⁵⁴

⁵⁴ A finales de 2010, el programa repartió dos despensas a las madres de familia en varias ocasiones; así Antonia se hizo de 6 litros de aceite, mismos que le sirvieron para hacer los tamales del niño Dios de la iglesia de Ocotepc, pues fue su madrina el 24 de Diciembre y le correspondió regalar tamales, refrescos y dulces para la celebración. Así como el aceite, pudo acumular varios de los productos que trae la despensa y que vi almacenados en su despensa. Cuando regresé en enero ya no tenía nada de los productos; es difícil pensar que los haya consumido totalmente en seis semanas.

Así que estos primeros meses del año las madres de familia de este estudio estarán asistiendo a las actividades de UKA pero sin recibir su despensa. Con esto, se entiende que la ayuda que proporciona UKA no es una fuente estable para la obtención de recursos. Esta circunstancia es crítica en tanto que no se está distribuyendo producto justamente en la temporada de hambre.

Aparte del desfase en la distribución de la despensa de UKA, habría que señalar lo que las madres piensan en torno a la manera como está diseñada la despensa. Ya mencionamos qué productos la componen, ahora bien, falta discutir su pertinencia. Esta despensa que se entrega a las ocotepecanas es la misma que se les otorga a las beneficiarias del programa de los municipios de la zona Altos y Norte del estado de Chiapas, y las beneficiarias de todos los municipios del país donde opera. Con esto se entiende que los productos que incluye la despensa no responden a necesidades concretas ni específicas de la alimentación de las beneficiarias de cada región (como sugeriría la OPS, 2003) sino a los criterios estrictos de quienes han diseñado el programa, de lo que ellos consideran la buena nutrición o la alimentación adecuada para el niño y para su familia. Incluso en la página web de UKA⁵⁵ se lee en la parte donde habla del paquete nutricional, que éste pretende contribuir a la alimentación familiar y cubrir los requerimientos nutricionales de los pequeños, pues representa el 21.4% de los requerimientos energéticos y el 26.3% de las proteínas, calculado de acuerdo a los requerimientos de una familia de cinco integrantes.

Como consecuencia de este etnocentrismo en cuanto al criterio de lo que los niños desnutridos deben comer, sin pensar en su contexto o en sus condiciones socioeconómicas, religiosas y de salud, pues muchos niños con desnutrición con regularidad presentan otras patologías, el paquete nutricional no es aprovechado de la manera que fue diseñado por estas familias.

Por ejemplo, cuando trabajaba como promotora comunitaria las mujeres me pedían que les cambiara el frijol por otro producto pues ellas ya tenían frijol,

⁵⁵ Disponible en la página web de UKA: <http://www.unkilodeayuda.org.mx/QueHacemos.asp>, última consulta: 04 de Abril de 2011.

además que el que ellas producían les gustaba más. UKA no contribuye al desarrollo sustentable de las comunidades, pues recibe los productos que distribuye de su donador principal que en Chiapas es el Gobierno del Estado por medio del DIF, y el DIF, debido a cuestiones burocráticas no puede comprarle el frijol a esas comunidades que ya lo producen. De igual forma, se distribuyen galletas, mazapanes y el cereal Amanene con alto contenido de azúcar, sin que tengamos pleno conocimiento del efecto que éstos tienen en el metabolismo de los niños.⁵⁶ El cereal está diseñado para los niños pero es frecuente escuchar que quienes lo consumen son las madres de familia, y a veces ni ellas. La leche tampoco se aprovecha siempre pues muchas madres la venden, como venden la harina de maíz que no necesitan porque ellas prefieren sus tortillas de maíz natural.

Durante el trabajo de campo uno de los motivos de mis pláticas con las mujeres ocotepecanas era justamente que las despensas no son aprovechadas por las madres de familia sino que las venden, el aceite por \$11.00, el arroz y el frijol por \$6.00 y así sucesivamente (Diario de campo, 11 de Enero de 2011). Las madres de familia que venden sus productos no están recuperando ni el 50% de lo que el DIF invirtió en su compra. Por último, la leche, las galletas, los mazapanes y el Amanene que están destinados exclusivamente para los niños, no son consumidos por estos debido a que, como vimos anteriormente, para varias familias ocotepecanas los niños pequeños ~~no~~ saben comer+ o ~~comen~~ poquito+, en consecuencia, no se estimula a los niños para que coman más, y en el caso de la leche y el Amanene, prácticamente no los consumen debido a que muchos siguen recibiendo lactancia materna hasta después de los tres años de edad.

En una ocasión Antonia me contó que algunas mujeres venden el paquete que les da UKA, lo cual ella no ve con buenos ojos; yo le contesté que yo tampoco lo veía

⁵⁶ Una crítica similar en torno a la pertinencia de las papillas Nutríviva y Nutrisano es hecha por Arana-Cedeño (2010) y Arana-Cedeño y Alhindawi (2008). También cabría señalar que durante mi experiencia laboral una de las médicas del programa para el cual trabajaba me comentó en alguna ocasión que algunas madres de familia le habían referido que el Amanene le ~~õ~~caía mal a sus hijos; por lo cual ella sospechaba de una probable alergia o intolerancia al gluten en estos niños que no están acostumbrados a los alimentos que lo componen.

bien pero que me parecía que esas mujeres tendrían sus razones para hacerlo, así contestó que lo que yo pensaba era cierto porque también ella a veces ~~%~~ que ya se aburría de comer frijol+vende un kilo por diez pesos y compra cinco pesos de huevo y cinco pesos de salchicha y ~~%~~ ya come diferente+(Diario de campo, 21 de Septiembre de 2010). Este ejemplo evidencia que la utilidad de la despensa o paquete nutricional de UKA no estriba en su consumo precisamente sino en la posibilidad de venderlos para hacerse de dinero líquido, o bien, cambiarlos por otros productos que les gusten más.

No vamos a analizar los desfases en la distribución de Desayunos Escolares debido a que, ~~%~~ casualmente+, ninguno de los niños incluidos en este estudio se encontraba inscrito al preescolar pese a que varios de ellos ya tenía la edad para poder hacerlo; sin embargo, es útil señalarlo porque es otra de las donaciones en alimentos que algunas madres de familia de este estudio han recibido anteriormente mientras criaban a sus hijos mayores.

En suma, en la fase de obtención de alimentos las mujeres juegan un papel muy importante y siempre activo porque no sólo participan de la producción agrícola por medio de su esfuerzo físico, sino que también la fomentan al pagarles a otros hombres para que lo lleven a cabo por ellas. En el caso de las familias con las cuales se trabajó, las mujeres y hombres manifestaron que sus dietas se hacen, en buena parte, de los alimentos que cosechan. Sin embargo, esta dieta básica está sujeta a las temporadas o ciclos agrícolas que en Ocoatepec se caracterizan por tener dos temporadas ya que no hay agricultura de riego que permita la producción constante. Estas temporadas son el ~~%~~ tiempo de hambre+y el tiempo de abundancia, caracterizándose cada uno por la falta de producción y la variedad en las cosechas respectivamente. La producción también se ve afectada por factores ecológicos y ambientales que, aunque no podemos analizar con detenimiento, debemos tener en cuenta para comprender que poco a poco el campo va dejando de ser el recurso principal para la subsistencia de estas familias.

Los hombres también juegan un papel importante en la obtención de los alimentos pues son los más involucrados en la producción, además que deben buscar trabajo remunerado para complementar la alimentación familiar; pero las mujeres colaboran en la producción y también se encargan de vender localmente algunos de los productos; así como se vinculan a otras instituciones de gobierno y organizaciones no gubernamentales para seguir haciéndose de recursos y alimentos, y en suma, son las encargadas de administrar el dinero en el hogar, así que son quienes, en la mayoría de los casos, toman las decisiones en torno a la manera cómo va a distribuirse ese dinero, lo cual repercutirá en la compra de alimentos. Esto podría verse como algo positivo pero no es así precisamente pues lo que administran no es suficiente y está sujeto a la evaluación que el esposo hace del gasto.⁵⁷ Esto deriva en que sean las mujeres quienes tienen que enfrentar las necesidades del día con pocos recursos, y en caso de ser necesario, pedir prestado, otro fenómeno que pone en juego su habilidad para crear redes sociales. En consecuencia, hombres y mujeres tienen un papel activo pero son ellas quienes están desarrollando más estrategias para obtener alimentos, así como están aprendiendo a manejar esas estrategias de la manera que más les conviene o resulta útil. La agencia de las mujeres y hombres en esta parte del proceso refleja la autonomía de las personas para tomar decisiones acerca de su vida y el pragmatismo con que suelen guiarse.

Hemos visto que esta parte del proceso alimentario es prolífica para entender a la alimentación como un hecho total social, donde los aspectos locales, como las representaciones sociales acerca de los alimentos y prácticas de alimentación, están anclados a factores estructurales como la posesión de la tierra, el tipo de

⁵⁷ Eliodoro, esposo de Cecilia, no siempre está de acuerdo en la manera cómo su esposa gasta el dinero que le pasa: ðAquí, yo como le digo, yo casi el dinero yo no la uso pué para comprar esa comida; yo, a veces, cuando gastan cien pesos, le digo, yo, por qué ese dinero, cien peso que gastan diario, nada más compramo frijol y algo que compran pué, le digo, qué le hiciste, no, pues compramo esto; bueno, como él ve que compro lo veo muy difícil, le digo que cien que gaste diario (*no se entiende*), entonces es mucho dinero; pero, le digo, yo como no la sé, ellas la saben puesö (Entrevista 14 de Octubre de 2010).

agricultura y el tipo de actividad económica de la cual viven estas familias, reflejando las dificultades económicas que atraviesan quienes tienen que dedicarse casi exclusivamente al campo ante la falta de apoyos del Estado para subsanarlas o impulsar su desarrollo. Así mismo, la entrada de productos comerciales industrializados está cambiando las dietas y las representaciones acerca del consumo de ciertos alimentos, de tal manera que se les considera benéficos cuando en verdad desconocemos sus efectos. Además, genera que la necesidad de contar con dinero líquido para alimentarse se agudice, revelando así que la pobreza puede medirse a partir de la capacidad de adquirir o no aquellas cosas que se necesitan para subsistir. En conjunto, localidad y globalidad, configuran toda una problemática que repercute en el consumo y finalmente en el estado nutricional de las personas.

4.2.2 La distribución de los alimentos

Esta es la fase más estrictamente política, siguiendo a Contreras:

En ella intervienen, por ejemplo, las demandas del pago de los arrendamientos, rentas en especie, tributos o impuestos, así como las disensiones en el interior del grupo doméstico con relación a la conservación de los granos, a su venta en el mercado y, sobre todo, el consumo hasta la próxima cosecha (Contreras: 1993: 34- 35)

Diversos aspectos de esta fase han sido señalados previamente pues guardan estrecha relación, sin embargo, vamos a recalcar algunos elementos importantes para problematizar la dimensión política- económica en la cual se encuentra inscrita Ocotepéc. Como veíamos anteriormente, la agricultura en esta localidad es de autoconsumo y, al menos las familias incluidas en este estudio, ninguna parte de la producción se destina al comercio fuera de la localidad. Cuando la producción es prolífica, una parte se destina a la venta en la propia localidad pero más que para capitalizarse a estas familias les sirve para sufragar algunos gastos menores como son la compra de otros alimentos, quizás medicamentos o ropa pero en menor escala. Cecilia, por ejemplo, comenta:

Elote casi no muy da pero frijoles hay veces que por necesidad vendemos una cuartilla, dos cuartillas, para nuestra azúcar, para nuestra sal, para que nos aumente un poco de necesidades el gastos lo compramos, lo vendemos (Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

Así mismo, ella dice que durante el verano de 2010 sacó bastante camote y llegó a vender hasta \$1000.00 (Diario de campo, 26 de Agosto de 2010), que para ella y su familia son muy buenos.

Otra parte de la producción se reparte con algunos familiares cercanos, pero hay alimentos que son muy apreciados en Ocotepéc como la yuca, el camote y el frijol boti que muchas personas buscan debido a que es difícil cuidarlo para que se críe. Antonia me dijo que en septiembre empezó a salir el frijol boti pero que lo estaban vendiendo ~~mu~~ muy caro+, por eso ella no compró en esas fechas, prefirió esperar a que Rogelio, su esposo, sacara del propio. Ella hizo lo mismo que las mujeres que le ofrecieron frijol meses antes, consumió una pequeña parte y vendió lo demás, no lo conservó más tiempo porque dice que le gusta comerlo tierno (Diario de campo, 22 de Noviembre de 2010). También en enero Antonia me dijo que su mamá estaba ~~ca~~ sacando+ (cosechando) macal y malanga, dos productos con apariencia de tubérculos típicos de Ocotepéc, del cual compramos \$10.00 para cenar una noche pero no lo terminamos pese a que éramos tres comensales adultos y cuatro niñas. Al día siguiente Antonia ya no coció las malangas y macales que habían sobrado, me dijo que las desecharía porque a su familia le gustaba comerlas recién cortadas, frescas, con un día de haber sido cortadas ya no le resultaban apetitosas ni agradables al gusto (Diario de campo, 13 de Enero de 2010).

Así como con el frijol boti, la malanga y el macal, logré apreciar que varias familias preferían comer diversos productos cuando estaban tiernos. Por ejemplo, el elote tierno sirve para hacer un atole que, en su versión salada, acompañan con pepita de calabaza molida y frijoles negros y, en su versión dulce, acompañan con azúcar; también sirve para hacer las *tortillas de masa*,⁵⁸ y otras tortillas dulces cocinadas con manteca a manera de panecillos. También el frijol tierno sirve para hacer tamales (Diario de campo, 29 de Septiembre de 2010). Las puntas de

⁵⁸ Tortillas de masa, plato tradicional de Ocotepéc, consiste en unas tortas hechas de masa de maíz tierno con manteca o aceite pero sin condimentos que se ponen a cocer envueltas en las mismas hojas en que se cuecen los tamales.

chayote, los chayotes y las calabazas son más valorados cuanto más tiernos estén. Por el contrario, el plátano tierno molido con frijoles negros hace una pasta caldosa denominada Tsada considerada comida para pobres+ pues parece que el sabor del plátano es mejor cuando está maduro que cuando está tierno; se interpreta como que las personas que lo consumen verde están muy desesperadas en conseguir alimento.

Esta preferencia por los alimentos tiernos puede verse como una cuestión de gustos o también, me atrevo a sugerir, como una manera de reforzar una cosecha a largo plazo, es decir, que impide que los ocotepecanos levanten todo el producto de la cosecha de una sola vez para irlo recogiendo día con día y degustarlo de la misma manera. Si estas familias gozarán de mejores técnicas para almacenamiento o de conservación, es probable que los alimentos se consumirían de otras formas, por ejemplo como harinas, granos secos o salmueras, pero esto sólo se lleva a cabo con el maíz y los frijoles negros, sus principales fuentes de alimento. Los demás productos son muy valorados pero no parecen percibirse como indispensables como para necesitarlos todo el año, se buscan cuando se sabe de su disponibilidad, de lo contrario no. En este sentido, podríamos pensar que el gusto se desarrolla un poco a partir de las condiciones económicas, a las cuales subyacen las técnicas de recolección y conservación, de estas familias.

Anteriormente también señalábamos que las familias carecen de bestias+ y mucho menos cuentan con carretas o vehículos de motor para transportar sus productos, además que sus terrenos con regularidad se encuentran alejados de la cabecera municipal y que el acceso a los mismos es difícil debido a que no cuentan con carreteras o caminos seguros sino que estos se afectan seriamente con las lluvias, todo esto genera que sus terrenos sean vulnerables al robo, además de los desastres ambientales. Estos factores forzosamente tienen repercusión en la distribución de los alimentos pues inciden en la colecta y su desplazamiento. En alguna ocasión, un comerciante me decía que en su terreno se daban muchos productos pero que todo se perdía+ porque *no tenía cómo sacarlo*. Él sí tenía un caballo, pero éste puede cargar a lo sumo dos costales por

viaje en un camino de hasta dos horas a pie. Además, en alguna ocasión intentó vender su producto en la Central de Abastos en Tuxtla Gutiérrez, de lo cual sólo resultaron pérdidas debido a que en ese mercado los precios están sujetos a la oferta y no a la inversión que el campesino hace en ella. Decepcionado regresó a Ocoatepec con un déficit de \$2,000.00. Desde entonces no intentó vender su producto fuera de la localidad.

Las familias entrevistadas ni siquiera hicieron alusión a la posibilidad de comercializar su producto fuera de Ocoatepec, para ellos es muy claro que sólo sacan para su propio consumo o propio beneficio. El Secretario del Consejo de la Agencia Municipal en Ocoatepec comenta que la inversión en el campo es insegura porque aún es de temporal y en ocasiones el clima no les favorece. Por ejemplo, en el año 2009 el viento ~~miró~~ mucho maíz+, un técnico proveniente de alguna secretaria de gobierno llegó a Ocoatepec para analizar los daños y gestionar un apoyo para recuperar la pérdida pero ~~no~~ hizo nada+, o al menos no supieron porque el apoyo no se vio. En 2010 también se perdió cosecha por culpa del viento y no se ve interés ni por parte de la presidencia municipal o del gobierno del estado para ayudar a subsanar esa pérdida (Diario de campo, 14 de Diciembre de 2010). Si recordamos que en Ocoatepec las cosas son ~~por~~ partido+, quizás entenderemos parte de la problemática agrícola, pues no sólo el clima o la ecología son responsables de la producción agrícola sino el gobierno en sus diversas escalas (local, estatal y federal) pues no parece estar fomentando el mejoramiento de las técnicas agrícolas o el abastecimiento de herramientas e insumos como los fertilizantes y sustancias para el control de plagas.

Esto repercute en la economía de las familias de campesinos porque estos se ven imposibilitados de ver en su producción un modo de vida que vaya más allá del autoconsumo y les permitiera capitalizarse a la manera de los agricultores del norte del país. La distribución local de los alimentos sólo contribuye a activar la economía local pero a un nivel bajo pues sólo permite costear algunos gastos menores; mientras que si se reforzara, permitiría cultivarlos a mayor escala y en consecuencia, con las políticas pertinentes, comercializarlos al exterior de la

localidad y capitalizar a los campesinos, o cuando menos a promover su desarrollo sustentable con el uso de técnicas apropiadas. Una producción baja impide considerar siquiera la posibilidad de comercializarla fuera de Ocotepc, aunque tiene la ventaja de que se invierte poco y se tiene más control de su distribución.

En alguna de las visitas que le hice a Verónica observé que tenía calabazas y chayotes guardados en costales en la estancia- cuarto donde vive; al preguntar a la traductora qué significaba eso, ella me respondió que Verónica solía venderlos. Algo similar me dijo Josefa de María respecto al café, pues ella misma le compra cuando el esposo de María saca suficiente. Así, todas las informantes refirieron que lo que cultivan es para su propio beneficio pero algunas pueden destinar un poco a la venta y también compartir un poco con sus familiares. Las redes sociales son muy importantes en Ocotepc, se trate de familiares o amigos, con regularidad las familias invitan a otras personas a sus domicilios para que vayan a comer chayotes, frijol boti, macal o cualquier otro producto que hayan sacado recientemente. La alimentación es un acto social que genera la convivencia pero también refuerza lazos afectivos y genera ventajas pues saben que unos pueden contar con otros en caso de necesidad. Quizás ello explique que las mujeres no sólo distribuyan el producto de la cosecha de la manera que mejor les conviene sino que hacen eso mismo con otros alimentos que obtienen de las donaciones, como la despensa de UKA.

Cuando era promotora comunitaria pude ver que algunas mujeres compraban una despensa ~~entre~~ entre dos+ cuando no tenían suficiente dinero y se repartían los productos como ellas acordaban. Así mismo observé que otras mujeres sacaban algún producto de la despensa y se lo daban a otras mujeres sin recibir algo a cambio en ese momento. Habían otras mujeres que siendo beneficiarias del programa se hacían de la despensa pero no era para ellas sino que alguna otra mujer no beneficiaria les daba el dinero para que lo compraran por ellas, esto sucedía con las mujeres más desfavorecidas, quienes no lograban juntar los \$40.00 que la despensa costaba hace tres años; esto sin olvidar a aquellas que venden los productos deliberadamente.

Como se puede apreciar, la distribución de los alimentos revela la dinámica económica de la localidad que estudiamos pero en total correspondencia con las políticas agrarias y productivas del país. La producción y distribución de alimentos podría circunscribirse al autoconsumo si éste pudiera garantizarse, así mismo podría hacerse a mayor volumen pero esto requiere de la intervención del gobierno en sus diversas escalas no sólo con el abastecimiento de insumos y herramientas sino con la regulación de los precios, el mejoramiento de las carreteras y los caminos y con el abastecimiento de vehículos para transportarlos, con la implementación de técnicas o espacios para almacenamiento y conservación, las políticas de protección o apoyo ante desastres naturales o fenómenos ambientales entre tantas acciones que podríamos sugerir y que en Ocotepéc brillan por su ausencia. Con una producción a menor escala y una distribución local, la economía de Ocotepéc no genera más que dependencia al trabajo remunerado como jornaleros dentro de la localidad y como chalaneros o albañiles fuera de ella, aspecto que golpea directamente a la figura masculina proveedora; así como los hace recurrir cada vez más a las compras.

4.2.3 La preparación de los alimentos

Esta fase del proceso alimentario se caracteriza por ser, prácticamente, una tarea femenina. Esta fase revela la división sexual del trabajo al interior de la unidad doméstica que ya veíamos desde la obtención y la distribución pero que se acentúa más ahora debido a que la preparación pertenece más al ámbito de lo privado. La obtención empieza a revelarse como un proceso privado y público porque varias instituciones y actores ajenos a la unidad doméstica participan, algo similar a lo que ocurre con la distribución. En cambio, en la preparación sólo están implicados los miembros de la familia. Sin embargo, los saberes en torno a la preparación de los alimentos no son estrictamente producto de la socialización a nivel local, sino que revelan los vínculos que hombres y mujeres han tenido con otras personas ajenas al seno doméstico debido a la migración o a la vinculación con otras personas e instituciones.

Desde la obtención también se revelaba que las familias ocotepecanas han introducido en su dieta alimentos que no se producen en la localidad, productos industrializados o procesados que se representan como benéficos o agradables al paladar aunque no sean así precisamente. De igual forma, estas familias revelan en su discurso acerca de cómo preparan los alimentos una racionalidad que no precisamente resulta en beneficios a la nutrición, pues está en correspondencia con las propiedades que les atribuyen a los mismos, así como con otros saberes acerca de la higiene, y por supuesto, de la necesidad de aprovecharlos de la mejor manera posible.

Es por ello que la preparación de los alimentos constituye una fase en sí misma, pues nos revelará algunas representaciones y prácticas que influirán en el aprovechamiento o mal uso de los alimentos que forzosamente repercutirán en la nutrición de las personas.

Tres de las mujeres de este estudio, Cecilia, Antonia y Josefa, han trabajado como empleadas domésticas, *criadas* o *muchachas* dicen ellas, estando fuera de Ocotepc. Las dos primeras admiten que eso ha influido en su forma de preparar los alimentos; Cecilia expresa:

No enseñé jamás yo sola, sí, porque así los que vienen de otro lado ahí estoy pegada con ella porque no tengo miedo, donde quiera me meto; ya de ahí así como venían las maestras de otro lado, ahí me estoy yendo a aprender cómo se hace la comida (Entrevista 02 de Septiembre de 2010).

De igual forma, algunos hombres se han visto obligados a aprender a cocinar mientras han estado solos fuera de Ocotepc, es el caso de Rogelio y Antonio. Ismael también ha tenido que hacerlo pero porque su familia *lo abandonó* (lo dejaron viviendo solo en una casa que él había construido en la localidad) siendo jovencito. Sin embargo, a pesar que varios padres de familia han incursionado en esta fase, admiten que se debe a las circunstancias y que sólo preparan *lo más fácil*; es decir, reconocen que las tareas que resultan en esta fase no son sencillas. Elena, Verónica y María también expresan que la preparación de los alimentos es una tarea prácticamente de su rol de mujeres.

Entre las tareas más frecuentes se encuentran la preparación de tortillas a mano, lo cual responde no sólo al gusto sino que varios informantes refirieron que les producían mayor sensación de satisfacción en comparación con las tortillas hechas a máquina, además que les resultaba más económico. Los niños, en cambio, prefieren las tortillas a máquina y por eso la mayoría de las familias admitieron que se las compraban.

La preparación de las tortillas empieza con el proceso de nixtamalización y culmina con el acto de tortearlas y cocerlas sobre el fuego. La nixtamalización se lleva a cabo desde un día antes, por lo tanto, es un proceso largo pero parte de su rutina diaria y en el cual participan algunos hombres. La involucración de las mujeres en otras actividades fuera del ámbito doméstico como las que llevan a cabo Oportunidades y UKA, por citar unos ejemplos, les restan tiempo para hacer las tortillas, lo cual era motivo de molestia para varias de ellas pues en la mayoría de los casos no tienen quién les ayude.

La preparación de los alimentos regularmente se lleva a cabo justo antes de que estos sean consumidos debido a que no hay maneras de conservarlos más que hervirlos constantemente, lo cual les va restando propiedades. El agua para tomar no siempre se desinfecta. Algunas familias como la de Antonia y Cecilia le ponen gotas de desinfectante, de las que les dan en la UMR, pero como estas familias consumen muy poca agua pura lo que hacen con mayor regularidad es tomar agua hervida cuando beben café u otras bebidas calientes. Algunas mujeres y hombres mencionaban que beber agua fría (es decir, fresca) les ~~caía~~ ~~mal~~ porque no estaban acostumbrados, sólo lo hacen en tiempo de calor. Desafortunadamente, aunque hiervan el agua que beben, no existe una costumbre generalizada de desinfectar las verduras o frutas que se comen crudas; además los recipientes donde guardan el agua no son lavados por varios meses. Regularmente, los trastes con los cuales cocinan y en los que comen tampoco se lavan sino que sólo ~~se~~ ~~pasan~~ por agua, al igual que ocurre con las frutas y verduras, esto repercute en el estado de salud de los integrantes de la familia, especialmente de los niños que son más vulnerables. La mayoría de los padres de

familia refirieron que sus hijos se les enfermaban con frecuencia antes de cumplir los dos años de edad. De las familias con las cuales se trabajó sólo la de Antonia utilizaba jabón para llevar a cabo todas estas acciones pero ella admite que es una costumbre que adquirió cuando trabajaba en Tuxtla como *servienta*; en Ocoatepec no se tiene la costumbre de desinfectarlas o lavarlas con jabón.

Algunas verduras como los chayotes y las calabazas se comen hervidos, por lo cual se ponen a cocer en agua pero el agua con que la han hervido no se aprovecha y se desecha. Estas verduras se cuecen quizás más de lo necesario, por lo cual puede pensarse que pierdan muchas de sus propiedades.

La preparación de la leche en polvo que les distribuye UKA, cuando es consumida en casa, es dudosa, por ejemplo: una noche Antonia preparó *chocomilk*⁵⁹ para Rogelio, Luvia y ella. La consistencia de la leche era muy *aguada* porque Antonia disolvió poca leche en polvo en mucha agua (Diario de campo, 13 de Enero de 2011), con esto uno puede esperar que este alimento se aproveche mínimamente.

De igual forma, las mujeres *arreglan* el pollo en piezas muy pequeñas, de tal forma que con medio kilo de carne pueden comer siete personas en dos ocasiones, así lo hace Verónica (Diario de campo, 23 de Noviembre de 2010), y así mismo lo hace Antonia, corta el pollo en trozos pequeños, por ejemplo, un muslo de pollo en dos partes, una de las cuales le da a su hija mayor.

Así mismo, las propiedades que se atribuyen a los alimentos influyen en su manera de prepararlos, aquellos que se consideran fríos, como el frijol boti, la carne de pollo, la carne de puerco, el chayote, el arroz, el pozol, entre otros, deben comerse calientes para que no les caigan pesados, y aquellos calientes no deben consumirse en exceso porque también hacen daño, por ejemplo, en una ocasión Cervina hizo pollo con mole. A su mole le puso chile ancho, chile guajillo, galletas y tortillas fritas; no utilizó ni clavo ni pimienta porque *son* muy calientes y luego,

⁵⁹ Producto comercial: polvo con sabor a chocolate que puede mezclarse con agua o leche.

luego dan disentería+, así le pasa a mis hijos, les cae mal+ (Diario de campo, 13 de Septiembre de 2010).

En una ocasión se me antojó el pozol pero como las familias ocotepecanas no lo toman en tiempo de lluvias Antonia lo calentó para que no me cayera pesado+ya que el clima estaba frío y húmedo. Este evento, al igual que muchos otros que me acontecieron me permitieron entender la importancia que para ellos tienen las propiedades de los alimentos en su consumo o en su prohibición. En tiempo de lluvias o de frío nunca toman agua al tiempo porque es mala, les saca tos o diarrea+, únicamente toman café, atole de avena, pinole u cualquier otra bebida pero caliente (Diario de campo, 12 de Enero de 2011).

Las propiedades atribuidas a los alimentos están detrás de la racionalidad de los ocotepecanos al prepararlos y consumirlos, lo cual no es tomado en cuenta por el discurso biomédico respecto a la preparación y/o combinación de alimentos para incrementar su valor nutricional, lo cual yo puedo reflexionar ahora como antropóloga pero que desconocía cuando era promotora comunitaria; en mis capacitaciones acerca de los temas de ablactación y alimentación infantil nunca se hizo alusión a las racionalidades de los grupos con los cuales trabajamos y mucho menos hacíamos un esfuerzo por conocerlas. Lo más cercano a una aproximación intercultural en nuestras recomendaciones era procurar sugerir dietas que incluyeran productos regionales, pero como este trabajo muestra, la racionalidad rebasa la disponibilidad (en términos ecológicos) de alimentos pues aspectos subjetivos (como las propiedades atribuidas, el gusto y el estatus que cada uno representa) y económicos se le incrustan y reconfiguran. Así mismo, el análisis de la preparación de los alimentos nos permite conocer las condiciones de higiene y sanidad en las cuales los productos se convierten en platillos; así mismo, permite saber qué propiedades se les atribuyen y cómo estas repercuten en la forma de prepararlos y en consecuencia, en su aprovechamiento.

4.2.4 El consumo de los alimentos

Esta fase no sólo revela la cantidad de comida que consumen los ocotepecanos, sino la racionalidad que está detrás en consonancia con sus representaciones sociales acerca de lo que un niño y un adulto necesitan comer, esa necesidad es diferente en cada caso y tiene repercusión en el estado nutricional de los niños. Sin embargo, nuevamente esa racionalidad tampoco es deliberada sino producto de las limitaciones del contexto. En este sentido, es importante escuchar las condiciones en las cuales se llevó a cabo la alimentación de estos hombres y mujeres cuando eran niños, misma que también se percibe diferente respecto a la que sus hijos reciben actualmente, y que se corresponde con el estatus socioeconómico en el cual ellos se sitúan o autorepresentan.

Las familias ocotepecanas incluidas en este trabajo coincidieron en que todos los integrantes de la familia comían lo mismo, ninguna refirió que los niños comieran platillos o algunos productos en especial, aunque en las prácticas se observó que los niños reciben gasto casi a diario y esto les permite consumir golosinas y otras cosas. Si bien el consumo es el mismo, las porciones no lo son, éstas están en correspondencia con la edad o el tamaño de la persona. En el caso de los adultos, se les sirve la comida en platos grandes mientras que a los niños se les sirve en platos pequeños, de 10 cm de diámetro a lo sumo, ~~para~~ para que se lo terminen+ (Ricardo, Entrevista 12 de Octubre de 2010), porque, ~~como~~ como son niños, no saben+ (Ismael, Entrevista 15 de Diciembre de 2010).

Las madres procuran servir más frijoles y preparar suficientes tortillas para que sus hijos ~~se~~ se llenen+ con eso pues las comidas con carne se preparan ocasionalmente. Antonia, por ejemplo, expresa:

~~este,~~ este, o sea, por ejemplo, mi esposo le doy una presita que esté más grande y mi hija, como no come bastante carne, le doy una presita chiquita. Y ella {Brígida}, mejor le doy así chiquitito, deshebrada, así le pongo y le doy así, el caldo+(Entrevista 07 de Octubre de 2010).

Sin embargo, las observaciones revelaron que a Brígida no le servían carne cuando la familia la comía. De igual forma, Antonia sólo le prepara tres onzas de

leche porque si le prepara más %o se lo acaba+ y Antonia no puede permitirse desperdiciar la leche. El esposo de Antonia, Rogelio, comparte esta racionalidad:

%ues como aquí Antonia les da poquito para no desperdiciar pues, no te digo pues que llegamos, te digo, en grandes ciudades, ahí a lo mejor ya les dan más, en cambio aquí, como somos pobres, aquí con medida para no desperdiciar+(Entrevista 11 de Octubre de 2010).

¿Cuánto le sirven a Brígida?- %ues a lo mejor dos o tres nada más, tres cucharadas que le dan, como ella es pequeña todavía; a lo mejor si le da ella, a lo mejor no le coma todo y en cambio Luvia, Luvia, como ella está grande, ya está grande, ella ya casi lo come todo porque ya, ya lo sabe+(Entrevista 11 de Octubre de 2010).

Pareciera que para Rogelio y para Ismael el saber comer está en correspondencia con aprovechar la comida, terminarla y no desperdiciarla; esta racionalidad también es compartida por las mujeres. Por ejemplo, Josefa expresa que cuando está su marido prepara dos bolsas de pasta y \$10.00 de huevos porque %u marido come más+; cuando él no está, comen menos (Entrevista 08 de Diciembre de 2010).

En la fase de la preparación de los alimentos veíamos que las madres procuran aumentar el rendimiento de algunos alimentos, como la carne, dividiéndola en trozos pequeños. En esta parte del consumo, la que hace alusión al rendimiento y al tamaño de las porciones y/o cantidad de comida que se sirve a niños y adultos sigue la misma lógica pues los hijos mayores reciben una pieza pequeña y los adultos, de una a dos piezas pequeñas. Por ejemplo, Verónica nos ha dicho que de medio kilo de carne comen sus cuatro hijos, ella, su esposo y su suegra dos días en dos ocasiones (o dos días). Cecilia también dice que de un kilo de frijoles comen los nueve integrantes de su familia en dos ocasiones, y que de un kilo de pollo comen los nueve también; así como Antonia dice que medio kilo de frijoles le ajusta para varios días. Este rendimiento está en correspondencia con el tamaño de las porciones que se sirven a los comensales.

En esta fase también se develan otras representaciones sociales y prácticas alimentarias que no sólo explican la calidad de la alimentación o sus características, sino que también sirven para situar a las familias ocotepecanas en determinado estatus socioeconómico. La alimentación como un hecho social

rebasa a nutrición para servir como parámetro del estilo de vida de estas personas, como medio de comparación entre ellos y los otros, y estos otros son personas de otras localidades, así como otros son los otros ocotepecanos con diferente estatus socioeconómico, sean más ricos o más pobres que las familias que estudiamos, e incluso, establecía diferencias con la antropóloga que los acompañaba.

Esta fase sintetiza los saberes y racionalidades que hemos venido analizando en las fases anteriores, además que revela cómo las experiencias migratorias y las ofertas del mercado van moldeando los hábitos de los ocotepecanos, sustituyendo paulatinamente sus productos regionales o locales por otros industrializados o procesados, de tal manera que la necesidad de contar con dinero líquido se hace más imperante, necesidad que por sí misma se va tiñendo de significados, es decir, de representaciones sociales acerca de la vinculación entre lo que se come y lo que se es.

Entre los aspectos que más destacan se encuentran que todas estas familias han expresado, sea por medio del padre o de la madre, que el consumo de carne se lleva a cabo cuando tienen dinero, *cuando hay*. Esto puede ser cada ocho días, cada quince días o incluso puede pasar más tiempo. Aunque la mayoría de las familias expresaron que les gustaba la carne, en sus discursos no se apreció que su consumo fuese percibido como indispensable, y en sus representaciones, el valor que se le da a ese alimento no es tan alto como en el caso de los frijoles o las tortillas. Por ejemplo, Antonio, esposo de Josefa, ha dicho que a su familia *casi no le gusta* la carne; y Ricardo ha expresado que comen carne espaciadamente *porque ése también no es vitamina* (Entrevista 12 de Octubre de 2010). Rogelio relaciona el consumo de carne con un mayor estatus socioeconómico, es comida para *ricos* (Diario de campo, 02 de Noviembre de 2010). Eliodoro también opina que *los ricos comen más o menos distintos, surtidos* (Entrevista 08 de Diciembre de 2010). Ismael también asocia el consumo de carne con la disponibilidad de dinero.

Por lo que dicen las mujeres, puede inferirse que a la mayoría de los esposos les gusta comer carne y que suelen pedirle a sus esposas que lo preparen; sin embargo, como vimos arriba, el consumo es bajo y eso obedece en mayor medida a limitaciones económicas.

Los alimentos que comen con mayor frecuencia estas familias son los frijoles, los fideos (pasta de sémola de trigo) y el arroz, fuentes de energía importantes que al combinarse con varias tortillas producen sensación de satisfacción. Estos productos están disponibles independientemente de la temporada pues dos de ellos se obtienen de la agricultura y los otros dos de las compras. Dos de ellos son productos regionales y otros dos son productos que vienen de fuera, así que la dieta básica de estas familias no se satisface con la agricultura estrictamente. El consumo de frutas y verduras con regularidad está sujeto a las temporadas que ya se mencionaron previamente, pero no por tener una temporada delimitada su consumo es más regular o seguro, como expresa Eliodoro: *si cayó frijol, comen frijol, si cayó punta de chayote, comen punta de chayote*. Ya anteriormente hemos visto que la agricultura tiene sus propias dificultades.

Es importante señalar que aunque estas familias se autorepresentan como ~~po~~ pobres, algunas de ellas también admiten que en tiempos anteriores pasaron por más dificultades para comer. Mientras platicamos con generaciones más viejas nos enteramos que la falta de carreteras y la lejanía de los principales centros comerciales (Pichucalco y Copainalá) dificultaban conseguir aquellos alimentos que no se producían en Ocotepéc, mismos que se compraban con la venta de los propios. Además que en ocasiones también necesitaban comprar maíz cuando lo que producían no les ajustaba debido a diversas circunstancias. Esa es la problemática que abuelos y bisabuelos relatan como parte del ~~su~~ sufrimiento de ser pobres mientras que las nuevas generaciones problematizan la falta de capital para adquirir los productos que ellos quisieran porque ahora es posible comprarlos en Ocotepéc, ya no hay necesidad de salir. Esto nos lleva a pensar que las restricciones alimenticias han sido históricas en esta localidad. Veamos lo que cuentan dos de las madres de familia:

Dice Antonia que de niña ~~sufr~~ sufrió muchísimo+, a veces no alcanzaba ni el frijol para que comieran ella y sus hermanos, entonces su mamá sólo les daba el caldo ~~pa~~ para que ahí revolcaran su tortilla+. Cuando no había ni caldo de frijol comían tortillas con sal y cuando no había tortillas de maíz su mamá llegaba a cortar plátano verde y con él les hacía tortillas con sal. El plátano verde es considerado comida de ~~po~~ pobres+, aunque Antonia dice que también es ~~sa~~ sabroso+(Diario de campo, 02 de Noviembre de 2010).

Cecilia me dice que ella no quiere que sus hijos sufran lo que ella sufrió pues en su niñez había días en que sólo hacía una comida en el día cuando a sus papás se les dificultaba conseguir alimentos. Cuenta que a veces su mamá salía a conseguir comida desde temprano y volvía a las 10 de la noche, momento en el que se ponía a cocinar, de tal forma que la única comida del día la hacían a media noche. Por eso les sirve mucha comida a sus hijos, aunque ellos se quejan y le piden que les sirva menos porque se desperdicia. Dice que trata de hacerles ~~co~~ comidas buenas+ para que cuando vayan a otras casas no se les antoje y para que ellos puedan decir que también en su casa se comen esas comidas (Diario de campo, 02 de Noviembre de 2010).

Relatos como estos de Antonia y Cecilia se escuchan en varios adultos, que, aunque no son los informantes claves, son parte del mismo contexto y por ello comparten la experiencia de las dificultades en el proceso alimentario. Cecilia y Antonia refieren que habían días en que sólo hacían una comida, ¿qué sucede actualmente?

Todas las familias entrevistadas coinciden en que hacen dos comidas al día. La primera, el desayuno, se lleva a cabo alrededor de las 8 de la mañana; la segunda, la comida, a partir de las dos de la tarde. Entre una comida y otra transcurren alrededor de seis horas o más, pues en muchas ocasiones la segunda comida se elabora después que el jefe de familia regresa del trabajo, entre más lejos esté su lugar de trabajo más prolongada es la espera para comer; aunque, cabe aclarar que la mayoría de las mujeres refirió que comen con o sin la

presencia del padre. La cena no es una costumbre generalizada en Ocotepéc. Todas las familias refirieron que sólo tomaban café, pinole o avena, y sólo algunas consumen pan o galletas en algunas ocasiones. Es decir, que entre la comida de un día y el desayuno del día siguiente, como comidas más sustanciosas o importantes, transcurren más de 16 horas de ayuno. De hecho, sólo hay tres cenadurías en Ocotepéc; el dueño de una de ellas comentaba que a veces vendía 8, 10 o 14 hot dogs en el día como máximo en una localidad de más de 5000 habitantes. Esto refleja que la cena no es un hábito para los ocotepécanos pues los principales clientes eran maestros y trabajadores de la presidencia que no eran originarios de ahí.

Aunque la observación participante reveló que entre las dos comidas del día las familias consumen frutas o verduras de temporada, así como los niños consumen golosinas y frituras, ellos se representan que hacen dos comidas forzosas puesto que los alimentos de entre comidas son ligeros.

Se puede apreciar que cuando las familias tienen chayotes o calabazas, ponen a cocer estos en grandes cantidades, se comen cinco o seis chayotes pequeños cada uno de los adultos, los niños se comen dos o más, pero no siempre acompañan el consumo con tortillas o frijoles; en varias ocasiones observé que por comer varios chayotes cocidos con sal o calabazas con azúcar dejaban de comer alimentos más fuertes o pesados como frijoles, pastas o arroz que son sus comidas importantes habituales; así como en ocasiones alguna de las comidas se lleva a cabo mucho más tarde de lo que referían. Pude apreciar en varias ocasiones que Antonia y Cecilia comían después de las 5 pm, después que regresaban del campo con chayotes, frijoles u otros alimentos. Cuando los hijos son mayores pueden prepararse sus propios alimentos pero en el caso de los más chicos, éstos deben esperar a que alguien más cocine por ellos. Es por ello que algunas informantes secundarias consideraban que el descuido, en términos de no darles las comidas con horario a los niños estaba en relación con la desnutrición (Diario de campo, 14 de Septiembre de 2010). Este descuido responde a que las madres de familia también participan del trabajo agrícola sembrando o como

recolectoras. Mientras se ausentan dejan a los niños bajo el cuidado de sus hermanos mayores o de otros familiares, es el caso de Cecilia, Josefa, Elena y Verónica, quienes perciben que pueden hacer esto. María y Antonia no pueden hacerlo porque sus hijos aún son pequeños, ellas regularmente llevan a sus hijos consigo cuando tienen que hacer cosas fuera de casa. El cuidado que puedan proporcionar los hermanos mayores u otros familiares será diferente en cada caso, dependiendo de las edades de los hermanos y de la cercanía, en términos afectivos, con los familiares. Cecilia tiene una hija adulta que ya le ayuda en la cocina, mientras que las demás madres de familia no pueden delegar esa responsabilidad en sus hijas aún pequeñas, y sus esposos no mostraron proclividad a hacerlo. En ocasiones observé que Rogelio y Eliodoro esperaban a que sus mujeres volvieran del campo o de sus compromisos para que se preparara la comida, y en consecuencia, para que la familia comiera. Además, las mujeres de este estudio refirieron que sus suegros y padres cooperaban poco con la comida, regularmente cada familia nuclear resuelve qué comerá cada día como puede.

Entre más pequeños sean los niños son más vulnerables al descuido ya que no se les da la comida con horarios, así como son dependientes de las representaciones sociales que los adultos tienen de la alimentación infantil y de la alimentación en general, sobre todo si tenemos en cuenta que la mayoría de estas familias se representan a sus hijos como %niños pequeños+que no tienen noción de lo que es comer bien.

El estudio de las prácticas o hábitos alimentarios tendría que realizarse por medio de la observación de las mismas, lo cual sólo fue posible en tres familias debido a que las condiciones climáticas de Ocotepéc impidieron visitar a las demás con la misma frecuencia; sin embargo, desde el marco de las representaciones sociales ya podemos vislumbrar algunos elementos que nos dan luz acerca de cómo se llevan a cabo, finalmente las representaciones son una guía para la acción así que es muy importante analizarlas para entender la racionalidad o los significados que hay detrás de las conductas que observadas por sí mismas no las explican.

Como ha sido evidente en los diversos apartados de este capítulo, las representaciones sociales acerca de la alimentación están en estrecha relación con las representaciones sociales acerca del desarrollo infantil, de las características de la ecología de la región que se transforman en representaciones acerca de las propiedades de los alimentos, de las limitaciones productivas que se transforman en dificultades económicas y se materializan en dificultades de acceso a ciertos alimentos y en diferencias de estatus entre quienes consumen determinados alimentos y quienes consumen otros tipos de alimentos.

Todo esto analizado desde una perspectiva histórica revela que no es un problema nuevo sino que varias generaciones han tenido que enfrentarlo y resolverlo de acuerdo a sus recursos, además que revela que la participación de otras instituciones y actores sociales no está siendo acertada sino etnocentrista y que se requiere más que dinero o insumos para mejorar las condiciones alimentarias de los ocotepicanos a las cuales subyacen sus condiciones materiales de existencia. El apoyo o las acciones que por obligación debería llevar a cabo gobierno en sus diversas escalas deberían ser integrales, pero como esto no se lleva a cabo de tal forma en Ocotepc lo que resulta es pobreza e incertidumbre en la principal actividad económica que se refleja en una alimentación restringida que se resuelve día con día como la vida misma, así como también se refleja en la forma de operación de los programas de las ONGs como UKA. Desde esta perspectiva, al problema de la desnutrición subyace un problema de carácter alimentario que en resumen lo hace un problema local y estructural.

Aunque cada una de estas familias constituye una historia diferente pues las circunstancias en que se formó la pareja, el número de hijos y la experiencia migrante de cada una varía, todas ellas coincidieron en ciertas representaciones sociales y prácticas de la alimentación que son compartidas por diversas generaciones y que, aunque se van reconfigurando con sus nuevas experiencias, aún tienen un peso muy importante en la racionalidad que siguen sus prácticas

diarias, su cotidianidad, y que configuran un cúmulo importante de elementos que repercuten en el estado nutricional de los niños ocotepecanos.

Estas prácticas alimentarias cotidianas se normalizan y no se cuestionan, sin embargo, estas familias son capaces de explicarse por qué actúan de determinada forma o de otra, sea la justificación ~~la~~ costumbre+ o la pobreza que ya se representan como causas de la desnutrición y de su pobre alimentación, pero los ocotepecanos van buscándole una explicación en su entorno y una solución a estos procesos que les afectan. Entre las prácticas que más han destacado tenemos la lactancia materna exclusiva más allá de los seis meses de edad y su interrupción abrupta cuando viene otro niño en camino; la alimentación complementaria iniciada a muy temprana edad o después de lo recomendado por los especialistas; los hábitos de higiene en la preparación de alimentos que pueden resultar en infecciones en los niños más pequeños que son más vulnerables por el cuadro de desnutrición que de por sí padecen.

Por otro lado, el análisis del proceso alimentario ha mostrado la importancia que tiene para las mujeres el establecimiento de redes sociales para hacerse de recursos diversos, monetarios por medio de los préstamos y de Oportunidades, y de alimentos por medio de su vinculación a UKA; los dos últimos como instituciones y actores ajenos a la localidad con quienes ellas tienen que hacer gestiones y participar revelando así el papel cada vez más importante de la mujer en la obtención de recursos y el desarrollo de estrategias de supervivencia desde el ámbito público (Garrote, 2003). Así mismo, aunque parte de los alimentos de su dieta básica se obtienen de la agricultura, se aprecia que necesitan adquirir varios de ellos por medio de las compras, y en este sentido no tener dinero impide comprar suficiente y sirve para reafirmar su estatus de pobres porque no comen todo lo que quisieran, incluso los niños se vuelven exigentes en la demanda de ciertos alimentos como el danonino, el gerber, las frituras como el totis y las golosinas que no mejoran su nutrición pero sirven de reforzamiento del estatus de los padres que pueden o no comprarle a sus hijos lo que piden. En este sentido la

obtención de los alimentos se nos revela como la parte más económica del proceso alimentario, tal cual lo señala Contreras (1993).

En cuanto a la distribución, ésta revela la parte más política en tanto que los ocotepecanos carecen de los medios adecuados para conservar los alimentos que producen o para comercializarlos, y tampoco se aprecia mayor interés del gobierno por medio de sus diversas instancias o niveles para apoyarlos.

La fase de la preparación reveló la racionalidad que sigue a la manera como son consumidos los alimentos y que se circunscribe al ámbito de lo privado, poniendo en la mesa de la discusión el tipo de relación que se establece al interior de la familia, principalmente entre mujeres y hombres, pues aunque ambos participen de la obtención de alimentos son ellas las responsables de hacer que rinda. En este sentido, el género también atraviesa el proceso alimentario, lo cual también podemos apreciar en la fase del consumo pues las mujeres revelaron que a los hombres se les sirve más o las piezas más grandes mientras que a los niños se les sirve poco porque ~~no~~ saben comer; cuando el gusto por la comida o la proclividad a querer comer puede motivarse en el niño (OPS, 2003) pues es parte del proceso de socialización, mientras que los ocotepecanos se la representan como una cuestión de voluntad o inherente a las características de personalidad del niño. En esta última fase también destaca la constante referencia que hacían estos padres a la necesidad de racionar los alimentos para no desperdiciarlos, lo cual viene a tono con el contexto de escasez en el que se representan que viven y que no está muy alejado a las condiciones del suelo y del clima; así mismo los lleva a rebajar algunos otros productos como la leche para incrementar su abundancia con el defecto de disminuir su valor nutritivo.

Por último, otro elemento de interés que nos reveló el análisis de las representaciones sociales sobre la alimentación se refiere a las diferencias que se dan en el cuidado de unos hijos y otros de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre su familia. Por ejemplo el caso de Rodrigo, cuya madre ha referido que a él se le atiende más que a sus hermanos mayores porque antes eran más



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

pobres y no había suficiente para todos. Rodrigo y su hermana que le antecede se llevan nueve años y por ello no le resta atención, por el contrario, todos sus hermanos ya pueden ocuparse de él. Algo similar ocurre con Brígida, quien se lleva más de seis años con su hermana mayor, Luvia, quien nació cuando sus padres empezaban a formar la familia y estaban construyendo su patrimonio; mientras que Brígida nació en un momento en el que sus papás ya están más estables y su madre puede dedicarse de tiempo completo a ella sin tener la necesidad imperiosa de trabajar para apoyar a su esposo en la construcción del patrimonio como lo hizo cuando Luvia era más pequeña. En cambio, a Mariana le suspendieron el pecho abruptamente a los seis meses de edad porque su madre volvió a embarazarse.

En resumen, el proceso alimentario revela la dinámica de las relaciones intrafamiliares, de la economía local y de las políticas agrarias y económicas gubernamentales, todo lo que acontece o lo que las familias ocotepecanas tienen que resolver antes de la comida de cada día, y que podemos considerar en buena parte responsabilidad del Estado y no únicamente de las representaciones sociales de los ocotepecanos en torno a los alimentos o la manera como debe realizarse el acto de comer en cada etapa etaria como la ablactación o la niñez.

CAPITULO V SUFRIMIENTO Y POBREZA: EL SUFRIMIENTO COMO UN ASUNTO DE GÉNERO Y DE INEQUIDAD SOCIAL, LA POBREZA Y LA DESNUTRICIÓN COMO PROBLEMAS ESTRUCTURALES.

A MODO DE CONCLUSIÓN.

“Sufro más porque hay veces cuando mi esposo encuentra trabajo nos comemos bien y cuando no encuentra trabajo sufrimos. Hay veces los niños se van, hay veces se van en la escuela sin gastos y ahí me pongo a pensar, lo pongo sus taquitos a mis hijos, lo pongo sus taquitos a mis hijos de frijoles, algo, hay veces me da lástima cuando no le encuentro no le mando nada con ellos, esa es la situación”

Cecilia, Ocoatepec, Chiapas

El acercamiento al problema de la desnutrición infantil en Ocoatepec, Chiapas desde una perspectiva antropológica devela una serie de procesos que se ven implicados y que podemos considerar los factores socioculturales del problema. Inicialmente nos habíamos planteado algunas preguntas que constituyeron eventualmente los objetivos y más adelante se transformaron en los ejes rectores en la explicación del problema. En este trabajo el acercamiento tuvo dos ejes principales, las representaciones sociales que los ocoatepecanos tienen respecto al padecimiento y la manera como resuelven el proceso alimentario.

Estos dos ejes de análisis permitieron responder de alguna manera los interrogantes planteados en un inicio; sin embargo, es importante anotar que las preguntas son una guía en el proceso de construcción del trabajo, que sobre la marcha, durante el transcurso del trabajo de campo y después durante el proceso de interpretación de los datos y análisis de la información, van sufriendo algunas modificaciones o bien, generan otras preguntas. En este sentido, las respuestas no son elaboraciones inmanentes ni unívocas sino que están en función del género del informante, de sus experiencias y de su nivel de vinculación con ciertas instituciones, y también, por qué no decirlo, de la elaboración de la investigadora. Es por ello que a continuación procuramos dar respuesta a esas preguntas pero no a manera de cuestionario sino a partir del conjunto, pues la realidad se nos presenta de esa manera, como una serie de factores entrelazados e

interrelacionados, muchas veces ligados a otros factores o procesos no contemplados en un inicio, como resultaron las metáforas sobre la mortalidad infantil, la dinámica del proceso alimentario desde el marco local (y no sólo familiar) y las nuevas redes sociales que los ocotepecanos han formado a partir de su vinculación con otras instituciones.

Respecto a los alcances de este trabajo, los objetivos fueron cumplidos en buena medida aunque con sus respectivas reformulaciones. En cuanto a las representaciones sociales de la desnutrición, encontramos que la mayoría de las mujeres y algunos padres de familia la reconocen y se representan sus posibles causas, algunas formas de diagnosticarla y de atenderla; la autoatención es el recurso más utilizado pero se ve afectado por las carencias económicas de estas familias. De igual forma encontramos que se les dificulta ligar la desnutrición con las enfermedades respiratorias y diarreicas, lo cual termina en una atención diferencial para padecimientos que muchas veces están vinculados. Así mismo, encontramos que algunas prácticas o hábitos alimentarios como la forma en que se llevan a cabo la lactancia materna y la ablactación afectan el estado nutricional de los niños pero también pudimos entender la racionalidad de algunas de estas prácticas en torno a un contexto de escasez, tal cual ellos perciben a Ocotepc, que ha repercutido en un proceso de socialización donde la alimentación de los niños se hace con medida para no desperdiciar, tal cual fue el proceso de socialización de los padres y sus abuelos, con lo cual se entiende que al menos desde el marco de sus representaciones las carencias no son recientes sino históricas. Finalmente, estas carencias no pueden analizarse si no es a la luz del proceso alimentario⁶⁰ como nuestro recurso teórico y etnográfico que explica en buena parte las condiciones materiales de existencia de estas familias y las

⁶⁰ El proceso alimentario puede ser entendido como un hecho social total en tanto que conectado a todas las áreas de la cultura e instituciones. El sistema alimentario depende y afecta al resto de sistemas (económico, político, familiar, cultural) que están articulando cada realidad social, de forma que es impensable hacer un análisis de la cultura alimentaria sin vincularlo, necesariamente, con el reparto de poder y autoridad dentro de la esfera económica y política y, en consecuencia, también con el sistema de estratificación social y la división sexual y social del trabajo (Grazia, 2010: 361).

dinámicas familiares y locales que culminan en un plato de frijoles con tortillas para la comida del día.

Por otro lado, debemos reconocer que este trabajo tiene algunas debilidades que pueden comprenderse si consideramos el escaso tiempo con que contamos los estudiantes de maestría para realizar el trabajo de campo. En este sentido hay que subrayar que el trabajo de campo se llevó a cabo durante la temporada del año que los ocotepicanos consideran como época de abundancia, cuando se presentan las cosechas de diversos productos que hacen su alimentación variada. Esto nos impide conocer en su totalidad la manera como el ciclo agrícola (indispensable en el análisis del proceso alimentario) afecta su alimentación, e incluso, el estado nutricional de los niños como sugieren algunos autores (Arana. 2005). Por otro lado, cuatro de los informantes eran monolingües y las entrevistas se hicieron con el apoyo de traductoras, lo cual siempre puede despertar algunas dudas respecto a la calidad en la traducción y sobre todo en la interpretación de la información; esto además se complicó con la temporada de lluvias que nos impidió visitar con frecuencia a estas informantes (lo cual fue posible con las demás) debido a que eran las que vivían más lejos del domicilio de la autora y del de las traductoras, a las cuales tampoco quisimos poner en riesgo de enfermarse. Las dificultades climáticas e idiomáticas también impidieron hacer observación participante con estas informantes, pero en el capítulo de proceso alimentario se ha hecho la aclaración de que este trabajo contempla principalmente el análisis de las representaciones que estas familias tienen de sus prácticas en torno a la autoatención a la desnutrición infantil, el proceso y los hábitos alimentarios, más que sus prácticas concretas, lo cual no sólo se aplica para éstas sino para las otras familias con las que sí pudo hacerse la observación participante.

En un trabajo ulterior sería importante retomar estos aspectos que no pudimos abarcar debido a limitaciones de tiempo, clima y de otro orden. Por ejemplo, este trabajo tuvo como unidad de análisis a la familia, por ello procuramos dar la palabra tanto a padres como a madres de familia porque nos interesaba saber cómo participaba cada uno en la atención a la desnutrición; encontramos que sus

representaciones sociales acerca de esta enfermedad eran diferentes y eso afecta la atención que se le da a la misma, pero eso estaba principalmente en función a su relación con ciertas instituciones que atienden la desnutrición en Ocoteppec. Estas diferencias en representaciones y formas de atención no se presentan con las enfermedades diarreicas y respiratorias que los niños sufren con frecuencia; en estos casos los padres demostraron estar involucrados y participar activamente tanto en el cuidado como en la autoatención y la búsqueda de atención especializada. Sin embargo, en otro trabajo podrían consultarse más curadores populares para acercarnos a las representaciones sociales que éstos tienen al respecto de la enfermedad, las formas de atención que utilizan si es que las tienen y de qué manera contribuyen al reconocimiento y a la atención que le dan las familias ocoteppecanas pues justamente estos agentes han revelado su importancia en la atención a otros de los padecimientos de los ocoteppecanos aunque los recursos que emplean sean alopáticos o herbolarios.

Por otro lado, parte del mantenimiento de los índices de desnutrición en Ocoteppec obedece a las limitaciones de los programas que operan en la localidad, en consecuencia, un trabajo futuro podría abocarse al análisis de estos programas desde sus sistemas de referencia y regionalización, no sólo para entender por qué los niños con desnutrición moderada y crónica no son referidos a otros niveles de atención o a centros especializados como el Centro de Recuperación Nutricional (CERENUT) del DIF, sino también para comprender de qué manera afecta el hecho de que IMSS- Oportunidades y Secretaría de Salud tengan cada una su cobertura determinada sin vincular sus estrategias a nivel municipal. Esto además permitiría investigar qué sucede en otras localidades de Ocoteppec, como San Pablo Huacánó, que cuentan con prevalencias de desnutrición y de mortalidad que han sido calificadas de alarmantes tanto por el médico encargado de la UMR de IMSS Oportunidades de la cabecera como por el médico y una de las promotoras de Un Kilo de Ayuda (Diario de campo, Septiembre de 2010), pero que en este trabajo no pudo realizarse.

Así mismo, en otro trabajo debe contemplarse el análisis del ciclo agrícola en la temporada que los zoques denominan como *temporada de hambre* para conocer qué otras estrategias echan a andar para paliar las *carencias*, y por supuesto cómo afecta su alimentación y el estado nutricional de los niños. Así mismo, tendría que hacerse un análisis más profundo del proceso alimentario desde una perspectiva más estructural que considerara las iniciativas federales, estatales del gobierno como de las ONGs destinadas al mejoramiento de la producción agrícola, y la manera como estas son gestionadas, administradas y utilizadas en el marco local y regional.

El primer eje de análisis, las representaciones sociales acerca de la desnutrición infantil, nos ha permitido conocer qué les significa este padecimiento y qué relación existe entre ese significado y las formas de atenderlo. La desnutrición es una enfermedad que los ocotepecanos han reconocido a partir de la presencia de programas de salud que tienen como objetivo combatir la desnutrición infantil desde una perspectiva biomédica centrada en la vigilancia del crecimiento del niño menor de cinco años por medio del control de peso y talla, y de la distribución de suplementos alimenticios y despensas. Los ocotepecanos reconocen que dichos programas han coadyuvado a la visibilización de la desnutrición aunque consideran que su impacto, en términos de disminuir los índices del padecimiento en la localidad, no ha tenido mayor alcance pues consideran entre las principales causas del problema a la pobreza en la que viven y que afecta directamente el proceso alimentario también, no sólo por la incapacidad económica para adquirir mejores alimentos sino por las dificultades que la producción agrícola enfrenta y que se hacen más acuciantes en un contexto que de por sí se ha distinguido por la escasez derivada de sus propias características orográficas, climáticas y ecológicas, y también por un descuido que la población ha sufrido por parte del gobierno en tanto que éste no parece haber generado suficientes acciones para paliar esa escasez.

Enclavados en las montañas del norte de Chiapas, los ocotepecanos han aprendido a sacar provecho de los pocos recursos con que cuentan; la mayor

parte de la población se dedica a la agricultura de autoconsumo, sin embargo, pocos viven estrictamente de ella, la mayoría ha migrado en algún momento de su vida para buscar empleos remunerados en otras partes del país que les permitan hacerse de dinero líquido, lo cual la agricultura sólo procura de manera limitada porque aún es de temporal, en consecuencia su rendimiento es variable y nunca puede asegurarse si será prolífica, o lo contrario, que haya pérdida.

El empleo remunerado es una estrategia de supervivencia que han utilizado históricamente los hombres, quienes representan la principal figura de autoridad y han constituido el sostén de las familias; sin embargo, esto ha ido cambiando y cada vez vemos a más mujeres involucradas en actividades remuneradas incluso fuera de la localidad y en programas institucionales gubernamentales y de la iniciativa privada, con lo cual han venido a ampliar sus redes sociales de apoyo y a darles una participación más importante en la búsqueda de recursos para la sobrevivencia. Ya desde generaciones anteriores las mujeres participaban del proceso alimentario en la producción y distribución de los alimentos por medio de su trabajo físico en las milpas o terrenos de siembra, así como de la venta y/o intercambio de algunos productos en la localidad con las propias redes sociales que han construido y con la crianza de pollos y otros animales domésticos. No obstante, el cambio en los últimos años se refleja en que ahora las redes sociales de apoyo no se limitan a los familiares, amigos, vecinos o gente oriunda de la localidad sino que se han extendido a personas externas como son los representantes de los diversos programas y las mismas instituciones con las cuales ellas hacen gestiones, pero que también las han organizado colectivamente en la realización de actividades diversas orientadas ya sea al mejoramiento de su salud, o bien, a la obtención de recursos (alimentos, medicamentos, productos agropecuarios, presupuestos para el establecimiento de pequeños comercios, préstamos y becas, etc.). Como señala Garrote (2003) las mujeres extienden sus redes más allá del ámbito privado para volverse gestoras en el ámbito público justamente en el marco de sus interacciones y su vinculación a instituciones gubernamentales y ONGs.

La participación de las mujeres en el ámbito público ha tenido repercusiones en diversos procesos, incluido el proceso salud/ enfermedad/ atención que este trabajo ha pretendido explorar partiendo de un problema de salud relevante en Ocoatepec pues el 27 por ciento de los niños menores de cinco años de la cabecera municipal de la localidad tienen algún grado de desnutrición. En este sentido destaca la labor del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades echado a andar por el gobierno federal desde hace varios años y que en el diseño de su forma de operación requiere estrictamente de la participación de las mujeres y del involucramiento de algunas en particular, las denominadas vocales de Oportunidades, quienes lideran grupos de mujeres y las coordinan cuando se realizan las actividades del programa.

Pese a que el programa establece que sus actividades deben llevarse a cabo de manera voluntaria existen mecanismos para que dicha participación adquiera una connotación más cercana a la coerción puesto que la inasistencia a las actividades se castiga con un descuento en el apoyo económico que ellas reciben cada bimestre. Este apoyo económico o *“pago”*, como ellas lo denominan coloquialmente, constituye así el reforzador para actividades tanto en materia de salud como educativas pues también los niños en edad escolar reciben una beca bimestralmente. Ha sido gracias a este reforzador que el programa ha logrado generar la participación de las mujeres y de sus esposos, cuando es requerida su participación, que paulatinamente ha ido cambiando sus representaciones respecto a ciertos problemas de salud y la forma en que deben atenderse. Pero como había encontrado Sesia (2001) para el caso de una comunidad oaxaqueña, pese a su carácter coercitivo y sus márgenes estructurales restringidos, OPORTUNIDADES, anteriormente denominado PROGRESA (Programa de Educación, Salud y Alimentación), tiene que sujetarse a las lógicas y dinámicas internas del entorno local, si no para cambiarlo radicalmente sí para hacerlo más flexible. De ahí las estrategias que estas mujeres echan a andar para mantener su vigencia en el programa aunque no cumplan con el total de actividades que éste

les exige, o bien, que no sean ellas precisamente quienes cumplan con tales actividades como se espera sino que sus hijas u otros familiares las representan.

En el caso de la desnutrición, sostengo que Oportunidades ha coadyuvado a su visibilización en tanto que los ocotepecanos, al igual que otros grupos indígenas en México, se caracterizan por una talla baja que ha resultado de una desnutrición histórica puesto que la han padecido varias generaciones atrás y esto los ha llevado a la normalización del padecimiento, ellos se han acostumbrado a convivir con ella pues dentro de su proceso de socialización han aprendido que la apariencia y constitución de un niño normal es análoga a la que se aprecia en los adultos, como dice uno de los padres de familia, en las ciudades grandes las personas tienen estatura alta porque comen diferente y porque no hacen trabajo pesado como en Ocotepc, pues ahí los niños de siete años de edad ya cargan leña o a sus hermanitos y eso afecta su crecimiento (Diario de campo, 11 de Enero de 2011).

Para los ocotepecanos es claro que existen diferencias entre ellos que provienen de un contexto con carencias y entre las personas que viven en las grandes ciudades, entre las cuales se encuentra la antropóloga que a veces tenía que pasar algunas puertas con dificultad debido a que le resultaban muy estrechas o pequeñas. Esta comparación entre unos y otros surgía constantemente en mis conversaciones con las familias ocotepecanas, quienes veían en mí a ese otro ajeno a su localidad que les representaba, por un lado, otro sujeto que podía constituir parte de su red de apoyo, de ahí la petición de hacerme su amiga o comadre, lo cual procuraban con atenciones constantes; por otro lado, al igual que yo en ellos atisbaba otras formas de vida caracterizadas por la carencia, ellos veían en mí la imagen de la abundancia, la riqueza, de un contexto de oportunidades y otras ventajas que establecían una diferencia entre ellos y yo justamente por nuestras condiciones de vida que se remarcaban en mi constitución física.

Esta comparación entre ellos y yo no resultó estrictamente de nuestra convivencia sino de la experiencia migrante que varios de ellos tuvieron desde muy jóvenes. La migración ha llevado a los ocotepecanos a diversas partes de la república mexicana, principalmente a ciudades con importante actividad económica como lo son Guadalajara, Cancún, el Distrito Federal, Oaxaca, Tuxtla Gutiérrez, entre otras, donde ellos se han enfrentado a la diferencia, al contraste entre la abundancia que dichas ciudades ofrecen y la carencia de Ocotepc. En esas ciudades los ocotepecanos han conocido otras formas de alimentarse, de preparar los alimentos, de atender las enfermedades y de resolver la vida cotidiana por medio del trabajo asalariado que escasea en Ocotepc y que los lleva a experimentar frustración pues creen que en su lugar de origen no pueden prosperar o lo hacen con mucha dificultad en comparación a cuando han vivido en otros lugares.

Las madres con experiencia migrante han expresado las diferencias entre vivir en un lugar y otro y de todas las acciones que tienen que generar en Ocotepc para cubrir sus necesidades básicas, mientras que su vida en otras ciudades se las facilitaba. Estas tres mujeres trabajaron como empleadas domésticas fuera de la localidad y ahí aprendieron platillos más complejos que los que se acostumbran en Ocotepc; aprendieron que la alimentación adecuada debe ser variada y que debe incluir carne, lo cual sólo es posible una vez por semana o a veces con menos frecuencia en Ocotepc; aprendieron que la leche de fórmula es un recurso para alimentar a los niños, que estos deben comer frutas y verduras, y que existen productos comerciales como el gerber que pueden ser benéficos para los niños, todo lo cual han procurado reproducir en Ocotepc pero no lo han hecho de igual forma con todos sus hijos.

Los hijos mayores de estas mujeres nacieron en los momentos en que empezaban sus vidas en pareja y los recursos de la familia eran limitados, por lo cual ellas se representan que éstos sufrieron más que los menores, quienes han nacido en un momento en que la relación de pareja se ha consolidado, en que ya hay un patrimonio propio, en que hay hijos más independientes y que ya ayudan en las

tareas del hogar y el cuidado de los hermanos menores. En este sentido, la etapa del ciclo vital de la familia es importante al analizar la calidad de la atención que se le proporciona al niño pequeño pero que en este trabajo no resultó determinante o causa directa de desnutrición; únicamente en un caso parece haber sido un factor que ha favorecido el estado nutricional de una de las niñas.

Todos los niños incluidos en este estudio han sido los hijos menores de cada una de las familias, no tenían hermanitos que les quitaran la atención de los padres y sus madres tampoco estaban embarazadas, salvo en el caso de la familia de María pues ella sí estaba embarazada y sus dos hijos muy pequeños aún (uno y dos años de edad respectivamente) padecían desnutrición moderada. Esto nos permitió conocer que la desnutrición infantil en el contexto ocotepecano no responde a un descuido deliberado del niño, por el contrario, la mayoría de las madres expresaron el beneplácito que les producía la experiencia de la maternidad y constantemente mostraban muestras de afecto para con sus hijos, así como manifestaron la preocupación que les producía que estuvieran enfermos de desnutrición y que su estado de salud se viera afectado por otras enfermedades que la desnutrición favorece como las infecciones diarreicas y respiratorias.

A la mayoría de las madres y de los padres de familia se les dificulta ligar esas infecciones con el problema subyacente de la desnutrición, por ello aunque la autoatención era la principal forma de atención para ambos grupos de padecimientos, los primeros eran atendidos en segunda instancia con curadores populares o particulares+ como los llaman los ocotepecanos, mientras que la desnutrición era materia exclusiva de los curadores biomédicos a los cuales no recurren para atender las infecciones diarreicas y respiratorias ya que no perciben eficacia terapéutica en las terapias y tratamientos que prescriben, lo cual sí perciben con los curadores populares.

Esta fragmentación de la atención es producto histórico y ha resultado del tipo de relación que se ha establecido entre unos tipos de curadores y los ocotepecanos,

y también en parte de la manera como está organizado cada uno de los modelos de atención a la salud. Los curadores populares son ocotepecanos que han adquirido algunos conocimientos acerca de las formas de atención a las enfermedades como efecto de su ~~don~~ para curar en algunos casos, o de su experiencia como promotores de salud de la propia Secretaría de Salud en otros casos; son personas que siempre están disponibles cuando se les necesita y que hablan zoque y entienden a sus paisanos en sus formas de enfermarse puesto que los ocotepecanos tienen su propia epidemiología sociocultural que la medicina alópata no reconoce; mientras que los curadores biomédicos o médicos alópatas son curadores que permanecen por periodos de tiempo determinados, con regularidad no hablan zoque y sólo atienden aquellos padecimientos reconocidos por la medicina alópata y un aspecto relevante, no en todos los casos prescriben medicamentos para atender las enfermedades; por ejemplo, para las diarreas o la tos que producen deshidratación sólo recomiendan la hidratación oral o el incremento en el consumo de bebidas pues no en todos los casos son causadas por infecciones graves, aunque su recuperación es lenta. Sin embargo, para la mayoría de las familias entrevistadas la habilidad terapéutica de los curadores estriba en la rapidez con que produzca las mejorías pues ello evidencia su eficacia.

La evaluación de la eficacia de los tratamientos y terapéuticas recomendadas por los curadores populares es algo que está fuera de las posibilidades de este trabajo; sin embargo, es importante señalarla porque evidencia la poca confianza que se tiene a los representantes de la medicina alopática, no así a sus recursos terapéuticos como son las medicinas, vitaminas, sueros y otros que también son recomendados por los curadores populares. Es decir, que en el marco de lo que consideramos el modelo de autoatención se dan transacciones en tanto que, principalmente de tipo pragmático, se ponen en juego estrategias tanto alopáticas como ~~populares~~ para curar las enfermedades (Menéndez, 2003) aunque la medicina alopática y la popular o tradicional sean mutuamente excluyentes. Además, también es importante señalar esta fragmentación en la atención a los

padecimientos infantiles porque la demanda de los padres y madres de ver curados a sus hijos o con mejorías en el menor tiempo posible los lleva a consultar al curador popular tantas veces como sea necesario, sin importarles que el costo del servicio sea elevado, y a cambiar de tratamientos y terapéuticas de manera abrupta a veces sin siquiera darle el tiempo suficiente al medicamento para que actúe. En este sentido, la eficacia terapéutica para los ocotepecanos debe ser pragmática, demostrando con esto que la enfermedad para ellos es un proceso que requiere atención especial y que en particular, la salud de sus hijos es asunto de primordial importancia y en su consecución se utilizan todos los recursos disponibles y sobre todo aquellos en los cuales confían.

En Ocoatepec hay más curadores populares que curadores biomédicos, de estos últimos sólo hay tres, un médico de planta y dos enfermeras, mientras que hay nueve parteras y una cantidad similar aproximada entre yerberos, curanderos o costumbreros, particulares, todos englobados dentro de los curadores populares. El médico de la UMR de Ocoatepec expresa que no se da abasto para atender a los más de 5000 beneficiarios que le corresponden y por ello suele dar pocas consultas en un día y estas son breves, pues también las labores administrativas de su puesto le restan tiempo. Un médico para atender más de cinco mil personas no parece un factor que favorezca la atención a la salud, una falla del sistema de salud chiapaneco que definitivamente incidirá en la calidad de la atención y ésta en la percepción que los usuarios se formen del servicio.

La percepción que los ocotepecanos tienen de los curadores biomédicos forzosamente tiene incidencia en la atención a la desnutrición. Uno de los principales objetivos de IMSS- Oportunidades es la disminución de las prevalencias de desnutrición en las zonas más afectadas por la misma como Ocoatepec, para lo cual llevan a cabo una serie de acciones como el control de peso del niño menor de cinco años para monitorear su estado nutricional, así como la distribución de suplementos alimenticios, las denominadas papillas, para contribuir a la mejora de su nutrición, y la labor educativa que pretende modificar algunos patrones de conducta que afectan la salud de la familia por medio de

pláticas informativas y talleres con temas relativos a la salud. Estas tres acciones han coadyuvado al reconocimiento de la desnutrición pero no la han erradicado aunque algunos padres y madres de familia consideran que la labor de la medicina alopática ha favorecido el estado de salud de la población. Sin embargo, el problema de la desnutrición se mantiene, quizás en menor escala que generaciones atrás como se lo representan algunos padres, como vigente se mantienen la pobreza y la carencia.

Hago alusión constante a la pobreza y a la carencia porque es lo que los ocotepicanos referían con frecuencia cuando hablaban de diversos procesos que les generaban malestar y que ellos englobaban en la categoría de sufrimiento. El sufrimiento es un lugar común para los ocotepicanos pero parecen haber formas diferentes de sufrir de acuerdo al género y a la generación que se pertenezca pues al igual que la pobreza y la carencia es un problema histórico que sólo cambia su forma de manifestarse. Dicen los adultos mayores que antes se sufría más; dicen los adultos jóvenes que ellos sufren más que sus hijos; los más jóvenes también tienen otras maneras de sufrir.

El sufrimiento se actualiza de diversas maneras. Por un lado está el sufrimiento ocasionado por la escasez de recursos para la subsistencia. Los adultos mayores hombres refieren que años atrás tenían que viajar dos o tres días caminando, llevando su carga en mecapal, cuando no había ~~bestia~~ (mula), a Pichucalco o a Copainalá. Allí vendían café principalmente y con las ganancias traían otra clase de víveres que no podían producir en Ocotepic: panela o azúcar, sal, galletas, telas y otras cosas. La migración fue generada tanto por la necesidad de abastecerse de productos diversos, entre ellos para la alimentación, como por la necesidad de emplearse en otros municipios o estados de la república dada la escasez de trabajo en Ocotepic y lo poco que se paga por éste. Es por ello que hay muchas personas bilingües y que en apariencia tienen mejor calidad de vida (casas de block, tiendas, muebles y aparatos electrodomésticos) que aquellas que no han tenido experiencia migrante y que por lo mismo son monolingües.

Al viajar a otros lugares los hombres sufrían por las inclemencias del tiempo y el esfuerzo físico que implicaba; quienes no tenían la oportunidad de salir de la localidad sufrían aún más. Los más pobres, porque no podían conseguir víveres con tanta facilidad o quizás ni siquiera los conseguían. Actualmente Ocoatepec cuenta con una red de carretera estatal que ha facilitado el acceso y con ello ha procurado la entrada de productos comerciales. Ahora los adultos ya no sufren por la dificultad en el acceso a alimentos sino por la falta de dinero para adquirir todos aquellos que están disponibles y les gustaría comprar. Ahora hay dónde comprar pero no hay con qué hacerlo o hay muy poco, y hasta la fecha el trabajo remunerado escasea y los salarios son bajos. Esto afecta principalmente a las mujeres que sólo pueden trabajar como empleadas domésticas o en pequeños comercios como ayudantes por lo cual les pagan \$500.00 o como máximo \$1000.00 mensuales por jornadas de más de ocho horas diarias hasta seis veces por semana; es decir, poco más de \$30.00 diarios (o menos) contra los \$60.00 a \$80.00 que recibe un hombre por jornal. Las mujeres que han trabajado en otras ciudades sienten frustración de no poder contribuir a la economía familiar pues para ellas es preferible subsistir con lo poco que sus maridos puedan darles que emplearse por salarios tan bajos que además les restarían atención a sus hijos. La inequidad de género que se expresa en las oportunidades laborales y en los salarios afecta a las mujeres, quienes además tienen que soportar las críticas de personas que juzgan a las mujeres que trabajan. Con frecuencia escuché críticas sobre una de mis traductoras puesto que ella trabajaba de 5 am a 6 pm mientras su marido no parecía tener un trabajo estable y tampoco se dedicaba a la agricultura, por lo cual él tenía una imagen de hombre incapaz de sostener a su familia y ella la de una mujer explotada por su esposo.

Otras de las expresiones del sufrimiento que refieren las mujeres son las siguientes: la falta de padre genera restricciones alimenticias en niños que sólo dependen de su madre (máxime cuando no hay apoyo de los abuelos paternos); años atrás las ocoatepecanas eran más vulnerables debido a las pocas oportunidades de trabajo. También el sufrimiento se actualiza en el tipo de relación

que se establece con los otros, sean los padres poco afectivos o ausentes (como en el caso de Antonia y otras informantes secundarias), o bien, por las conductas problemáticas de los esposos debido al alcoholismo, a su adicción a las drogas o a que sostienen relaciones con otras mujeres y que generan fricciones en las parejas, restricciones económicas y maltrato físico y psicológico. También la relación poco cordial o conflictiva que se establece con los padres del cónyuge y que a veces se expresa en una red social de apoyo más restringida para las mujeres que sólo cuentan con la red de apoyo de su familia de origen es otra forma de sufrimiento. Estos aspectos que englobamos como parte del sufrimiento que refieren los ocotepecanos se asemejan a los factores culturales constitutivos de mortalidad materna en localidades de los Altos de Chiapas (Freyermuth, 2003) y en consecuencia deberían ser objeto de atención especial para la problematización del proceso salud/ enfermedad/ atención sobre todo en contexto intercultural.

La imagen de mujer dependiente que circula en el imaginario social de los ocotepecanos, pese a que en la realidad uno aprecia que ellas son contribuyentes a la economía familiar sea con su trabajo remunerado, con sus apoyos económicos de Oportunidades o con los recursos que obtienen de otras redes sociales de apoyo institucionales como UKA o VM, las lleva a soportar relaciones poco cordiales con sus esposos pues además una mujer separada es vulnerable y por ello la mayoría no considera la separación como una solución a su situación marital. Por el contrario, la mayoría de las mujeres que hablan con resignación de los infortunios de su vida en pareja siguen reafirmando la figura de hombre proveedor en sus esposos sin reconocerse a sí mismas como proveedoras, salvo casos excepcionales. Las relaciones que se establecen entre los géneros en el contexto ocotepecano hacen más vulnerables a las mujeres que a los hombres quienes pueden levantarle la voz a sus mujeres y decirles cosas que vilipendian su imagen sin que esto sea considerado agresión o motivo de queja, ya que para ellas la agresión debe tener un componente de violencia física que se exprese con golpes; el maltrato o violencia psicológica es invisible para ellas. Además, en

muchas ocasiones la conducta agresiva del cónyuge se explica por el abuso del alcohol, lo cual es tolerable en ellos pero muy mal visto en ellas.

Otra expresión del sufrimiento se da en las dificultades de sostener una familia numerosa y esto lo viven ambos géneros. Dicen algunas mujeres que se sufre con tantos hijos+. Por eso algunas están planificando, y por ello otras familias no quieren más hijos. La maternidad y la paternidad son experiencias gratas para las y los ocotepecos; sin embargo, las mismas experiencias de tener varios hijos con periodos intergenésicos cortos los ha llevado a enfrentar dificultades en la crianza, pues no se les puede dar la misma calidad de atención a todos los hijos; así como dificultades económicas porque los hijos tienen que ir al kínder, a la primaria, a la secundaria: hay que comprar útiles, uniformes, cooperar en diferentes actividades escolares, y darles su gasto diario como casi todos los niños en Ocotepac reciben. Esto último afecta, de nuevo, principalmente a las mujeres pues ellas no sólo contribuyen a la obtención de recursos alimenticios y económicos sino que también son las administradoras de éstos y de aquellos que aportan sus cónyuges.

La administración no sólo implica tomar decisiones acerca de los fines que perseguirán los recursos sino en garantizar su rendimiento, esta es la tarea más difícil para ellas pues no sólo tienen que solventar las necesidades básicas de la familia (alimentación, combustible, vestido y calzado, pago de servicios, gastos por enfermedad) sino que además tienen que hacer frente a otros gastos no indispensables pero que no pueden soslayar como los escolares, puesto que sus hijos reciben becas para los profesores no hay excusa para que no se realicen y estos en suma no son modestos ni eventuales sino frecuentes y en ocasiones muy elevados. Los esposos les entregan todo su dinero a sus esposas pero ellas no están absueltas de la evaluación de su labor administrativa. Ellas se quejan de que lo que les dan sus esposos no es suficiente y ellos dicen que los salarios están muy bajos, ambos sufren por las limitaciones económicas pero al final de cuentas, son ellas quienes lo resienten más y quienes tienen que desarrollar otras estrategias para paliar las restricciones, por ello recurren al préstamo con las

amigas, comadres o vecinas. Esta es otra manifestación de su habilidad para formar redes de apoyo y expresión a la vez de lo limitado de sus ingresos.

Como se puede apreciar tanto hombres como mujeres sufren las limitaciones económicas y las carencias del contexto ocotepecano, pero para ellas el sufrimiento se agudiza debido a las relaciones que se han establecido entre los géneros y que las hacen vulnerables porque, a pesar de todas las estrategias que desarrollan para resolver los problemas de su vida cotidiana, estas no se reconocen siempre o se le sigue dando mayor peso a la figura del esposo quien detenta la autoridad y quien puede evaluar las decisiones que la esposa tome e incluso llamarle la atención o reprenderla si no está de acuerdo, todo con perfecta anuencia social puesto que ha sido mediante el proceso de socialización que hombres y mujeres han aprendido sus respectivos roles y el tipo de relación que establecerán entre ambos. Esta inequidad de género se le escapa a los programas que trabajan en pro del combate a la desnutrición pues son las mujeres su principal unidad de acción (Menéndez, 1993) y a los hombres sólo los involucran eventualmente. Aunque esos programas también doten de recursos a las mujeres, el fin que persigue cada uno de esos recursos no es para uso exclusivo de ella sino de todo su grupo familiar.

Aunque el análisis de la desnutrición en el contexto ocotepecano ha revelado que tanto mujeres como hombres se preocupan por el estado nutricional de sus hijos y que ambos géneros participan de la atención, que ambos sufren y se desvelan cuando sus hijos tienen episodios graves, los programas de salud siguen viendo a la mujer como la principal responsable del estado de salud de los niños y de la atención a la desnutrición. En consecuencia, dichos programas de alguna manera fomentan una fragmentación del cuidado infantil y eso se ha reflejado en las diferencias entre las representaciones sociales de la desnutrición entre padres y madres de familia, siendo éstas últimas las que más han hablado al respecto del problema y quienes lo reconocen más, mientras que sus esposos con frecuencia expresaban que ~~%~~ no tenían nada qué decir al respecto+, que ~~%~~ de eso no sabían+, etc. Por el contrario, cuando hablábamos de la atención que se presta a otros

padecimientos infantiles, tanto los reconocidos por la medicina alopática como los síndromes culturalmente delimitados, encontramos que tanto madres y padres de familia los identifican, diagnostican y participan de su atención.

Es mérito de Oportunidades el reconocimiento de la desnutrición pero aún hace falta que ambos géneros se lo apropien al mismo nivel o con un involucramiento más equitativo como en el caso de otros padecimientos infantiles, pero esto sólo puede lograrse por medio del proceso de socialización o por medio de programas educativos que también incluyan a los hombres. Por otro lado, aunque varios de los informantes claves reconocen que sus hijos tienen desnutrición, ellos consideran que poco pueden hacer al respecto o que lo que hacen es insuficiente debido a las limitaciones económicas que les impiden alimentar mejor a sus hijos, la falta de dinero y la pobreza se materializan en los cuerpos con bajo peso y baja talla de los niños menores de cinco años que tanto UKA, como VM y Oportunidades manipulan centrándose únicamente en el déficit o la ganancia de peso sin echar una mirada al contexto de escasez y limitaciones, y si acaso echan la mirada, lo niegan puesto que la pobreza no es un asunto exclusivo de esta localidad sino de muchas comunidades y municipios enteros del país que aún concentran la mayoría de las prevalencias de desnutrición infantil, en este sentido, la desnutrición es un problema estructural que pone en evidencia la ineficacia del gobierno mexicano para diseñar estrategias que de manera integral con acciones intersectoriales coordinadas ayuden a resolver o atender de manera más adecuada un problema multifactorial:

La persistencia de la desnutrición en Chiapas constituye uno de los signos más evidentes e irrefutables del rezago social en que se encuentra la entidad con relación al resto del país. Sin embargo, al interior del estado se presentan contrastes que reflejan profundas desigualdades. La magnitud, distribución y tendencias de la desnutrición son reflejo fiel de las condiciones sociales que prevalecen en la entidad, así como de una falla en el diseño de las políticas públicas por parte del gobierno+(Arana- Cedeño, 2010: 190).

La falta de coordinación entre los diversos programas que atienden la desnutrición en Ocoatepec sólo genera que los apoyos o recursos para atenderla se traslapen o se dupliquen pero nunca se crucen al menos para apreciar la evolución o el curso que sigue el padecimiento en cada niño. En Ocoatepec, Chiapas , cada programa y

cada servidor hace lo que puede y no se involucra con el otro; pues así como los ocotepecanos han normalizado la desnutrición como una estrategia para hacer frente a un problema que no pueden revertir debido a los escasos recursos con que cuentan, de igual forma, los servidores se han habituado a trabajar en un contexto con prevalencias alarmantes de desnutrición pero sin obtener resultados significativos puesto que saben que no pueden atacar las verdaderas causas del problema. La pobreza no se resuelve con la distribución bimestral de dinero ni la escasez con el reparto de despensas cada quince días, en todo caso habría que fomentar acciones sustentables en el proceso alimentario.

El segundo eje de análisis, el proceso alimentario y las prácticas o hábitos alimenticios nos ha revelado otro cúmulo de dificultades que los ocotepecanos han sufrido históricamente como señalaba antes. De entrada, las características del terreno no han sido favorables ni para la agricultura ni para las actividades agropecuarias, en consecuencia, la producción agrícola se restringe al maíz, frijol, calabazas, chayotes y café que obtienen en determinada época del año nada más pero cuyo rendimiento siempre está en función de las condiciones climáticas, además, el riesgo de robo impide a las familias hacer mayores inversiones en el cultivo, prefiriendo cosechar sólo para su autoconsumo. Otros productos como la yuca, el macal y el camote, se cosechan en menor escala; así también se consumen productos silvestres pero que no se dan en la cabecera sino en zonas más cálidas del municipio para lo cual los hombres o mujeres deben adentrarse a los montes y caminar varios kilómetros. Cada uno de los alimentos que constituyen la dieta de los ocotepecanos tiene una temporada específica pues se ajusta a sus ciclos agrícolas. Destacan dos temporadas en el ciclo agrícola, la de hambre y la de abundancia, la primera caracterizada por la ausencia de cosechas que se corresponde con la temporada de seca, y la segunda que se caracteriza por la diversidad de productos que se cosechan y recolectan y que coincide con la temporada de lluvias.

Este trabajo se llevó a cabo en la etapa de abundancia que nos permitió conocer los alimentos que los ocotepecanos consumen con mayor frecuencia, las

propiedades que les atribuyen y las formas en que los preparan. Destaca que, pese a que se le considerara tiempo de abundancia, las porciones que consumen son modestas con la intención de evitar el desperdicio. Las tortillas constituyen su principal fuente de energía, sobre todo para los adultos que comen varias de ellas con un poco de frijoles o verduras. Las formas de preparar los alimentos no varían al menos en la dieta básica pues sólo se cuecen con abundante agua y en ocasiones se fríen. La carne se consume con poca frecuencia y sólo hacen dos comidas al día porque así están acostumbrados; dicen los adultos que cenar les cae pesado porque no están acostumbrados. En ese contexto de dos comidas al día y porciones pequeñas transcurre el desarrollo de los niños ocotepicanos; una vez habituados a comer poco los niños muestran poca disposición para comer y las madres identifican ahí una causa para la desnutrición pero que no relacionan directamente con un proceso de adaptación a comer poco sino que se lo atribuyen a una actitud deliberada del niño. Esto nos recuerda lo que encontró Scheper-Hugues (1997) en Brasil, donde las mujeres del Alto normalizaron la desnutrición infantil ante su incapacidad de corregirla debido justamente a las restricciones económicas en las cuales vivían, mismas que resultaban de constricciones políticas que son responsabilidad del Estado. Pero antes de eso, dos procesos cruciales son determinantes en la alimentación y eventualmente en el desarrollo de los niños ocotepicanos que se reflejan en el peso y talla que van ganando: la forma cómo se lleva a cabo la lactancia materna y la alimentación complementaria.

La lactancia materna entre las ocotepicanas suele ser tan prolongada como el periodo intergenésico entre un hijo y otro lo permita. Aunque las madres de familia dicen que el médico recomienda proporcionarla hasta los seis meses o el año de edad, ellas dicen que es la costumbre es suspenderla *cuando viene su hermanito*, es decir, cuando se embarazan nuevamente. Por ello varios de los niños no habían dejado el pecho al momento que inició este estudio.

Sin embargo, lo que hay que señalar respecto a la alimentación del niño en sus primeros años de vida y que nos parece contundente en su estado nutricional se

refiere a que la alimentación complementaria de los niños empieza a edad muy temprana, a los tres meses, cuando no es necesario hacerlo sino hasta los seis meses. La calidad de la alimentación complementaria tiene repercusiones en el estado de salud del niño puesto que, por un lado su sistema digestivo tendría que habituarse poco a poco a ellos, la OPS recomienda en su manual *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado* (2003), que inicialmente deben introducirse alimentos de suave consistencia como las manzanas cocidas o los chayotes mucho antes que los cereales o la carne que tienen una consistencia más pesada. Lo que sucede en Ocoteppec es que algunas madres refirieron que a los tres meses de edad les dieron galletas remojadas a sus hijos, lo cual no puede esperarse que tenga efectos positivos.

La sugerencia de introducir los alimentos complementarios a partir de los seis meses estriba en que la preparación de los alimentos es una fuente potencial de infección que representa más riesgo y vulnera más a los niños menores de seis meses sobre todo en contextos de marginación donde el agua no es potable o no se cuenta con los recursos para sanear el ambiente y cuidar la higiene. Niños que inician la alimentación complementaria antes de los seis meses tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades agudas que repercutirán en su estado nutricional pues con regularidad la enfermedad les quita el apetito y los deshidrata (Organización Panamericana de la Salud, 2003). Podemos inferir que esto se aplica al contexto ocoteppecano en tanto que la mayoría de las mujeres no tiene el hábito de lavar las verduras con jabón ni de desinfectarlas, así como tampoco lavan sus utensilios de cocina con jabón y el agua que se utiliza para beber es almacenada en recipientes que no se lavan en varios meses.

La mayoría de las madres de familia refirieron que sus hijos se enfermaban con mucha frecuencia de diarreas y gripes cuando eran más pequeños y que eso los hacía bajar de peso. Pues bien, la recurrencia de enfermedades podría explicarse, en parte, debido a las condiciones sanitarias y de higiene en las cuales preparan los alimentos y que afecta a los niños desde sus primeros meses de vida. De ahí

la sugerencia de prolongar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.

Aunque varias familias tenían tanques para almacenar el agua que les llega por tubería, no todas tienen el hábito de lavarlos con frecuencia lo cual es preocupante si tenemos en cuenta que el agua para cocinar proviene de ahí. Además, sólo una de las familias tenía el hábito de lavar el escusado con frecuencia y los niños regularmente no se lavan las manos después de usarlo y así juegan con sus hermanitos menores o se alimentan. En un ambiente de lluvias casi todo el año los riesgos de infecciones respiratorias y diarreicas aumentan y vulneran más a los niños, justamente ese tipo de infecciones constituyen las principales causas de morbi- mortalidad para niños y adultos, lo cual habla en términos generales de las condiciones sanitarias del municipio y que por ello requiere campañas destinadas a fomentar hábitos de higiene y de saneamiento ambiental. En este punto hay que destacar que entre las condiciones mínimas necesarias para que los niños se desarrollen sanamente se encuentra que la vivienda cuente con los servicios básicos de agua potable y un saneamiento adecuado (Arana- Cedeño, 2010), lo cual por cierto fue controlado en el estudio multicéntrico de la OMS (Onís y otros, 2004), del cual resultaron las nuevas gráficas de crecimiento y desarrollo infantil.

Volviendo al proceso alimentario, en el capítulo anterior hemos presentado las dificultades que éste afronta y que requieren de la intervención del gobierno en sus diversas instancias para generar programas que protejan a los agricultores y les proporcionen herramientas e insumos para incrementar y/o mejorar su producción. La agricultura de temporal está sujeta a variaciones climáticas y atmosféricas diversas que no pueden predecirse y que con frecuencia han tenido efectos desastrosos para los ocotepecanos que cada vez ven con más pesimismo e incertidumbre el futuro del campo, pues no sólo la pérdida de fertilidad de la tierra y la incertidumbre en la calidad y cantidad de la producción sino la necesidad cada vez más apremiante de dinero líquido está orillándolos a emplearse fuera de la localidad e invertir cada vez menos en la agricultura, esto se hace más evidente en la población juvenil. Sobre todo, resalta que el campo se ha visto vulnerado

porque los apoyos que diversas instancias de gobierno le destinan son controlados por la persona que se encuentre en el poder. En Ocotepéc las cosas son por partido y con esto se alude a que todo recurso o programa que llegue a Ocotepéc sólo beneficiará a la gente que simpatiza con el partido en el poder. Justamente la mayoría de las familias entrevistadas pertenecía al partido en oposición al que detenta el poder en este momento y con pesimismo decían que ellos no cuentan con la presidencia municipal para atender necesidad alguna, incluyendo la posibilidad de un empleo remunerado en el ayuntamiento.

El análisis del proceso alimentario nos ha proporcionado algunos indicios acerca de un problema que afecta la economía mexicana en tanto que la disminución de la producción agrícola pone en una situación de vulnerabilidad alimentaria a grandes conjuntos poblacionales puesto que paulatinamente se convierten en dependientes de las compras de alimentos y menos productores de los mismos. La generación de padres de familia que hemos entrevistado aún se dedican a la agricultura pero las generaciones más jóvenes ya no quieren hacerlo y uno se pregunta qué sucederá con la economía local de Ocotepéc con jóvenes que no tienen trabajo y tampoco quieren vivir del campo, algo que los adultos ya se preguntan desde ahora. Además, varios de los padres de familia externaron constantemente su preocupación por lo dura que es la vida en Ocotepéc: *¿si no trabajas, no comes+*, pero el trabajo no abunda y cada vez hay más adolescentes con nivel de bachillerato que quisieran trabajos que impliquen menos esfuerzo físico y sean más estables económicamente.

Este es el contexto en el cual transcurre la vida de los ocotepécanos que tienen hijos con desnutrición moderada. Este tipo de desnutrición se caracteriza por su cronicidad y se hace evidente en un déficit de talla significativo. Los niños que se incluyeron en este estudio han venido padeciendo la desnutrición desde hace tiempo, algunos nacieron desnutridos, otros cayeron en desnutrición a los pocos meses de nacidos y en varios de ellos el curso de su desnutrición siempre los ha hecho fluctuar de un estado de desnutrición moderado a severo, éste último más

grave aún, de los cuales se recuperan con mucha dificultad para recaer más adelante.

Hemos presentado algunos de los factores que están detrás de la desnutrición infantil de estos niños ocotepecanos. En síntesis, la pobreza y la escasez que caracterizan a la localidad y al municipio explican en buena medida muchas de las prácticas de estas personas que terminan en pérdidas de peso en sus hijos. Empezando por la situación del campo que culmina en un consumo restringido de alimentos sobre todo en algunas épocas del año, pasando por la normalización de la baja talla y bajo peso de los niños como una estrategia de aceptación del problema ante la imposibilidad de revertirlo debido a los escasos recursos con que cuentan y que culminan en ciertas prácticas que pueden parecer inapropiadas (destete abrupto, lactancia materna exclusiva prolongada, alimentación complementaria a muy temprana edad) siguiendo las recomendaciones de los especialistas en nutrición infantil pero que son resultado de las mismas carencias en las cuales ha transcurrido su proceso de socialización, las condiciones en las cuales crecieron los adultos y aprendieron a ver como las *normales* o *adecuadas*.

Las prácticas o hábitos alimenticios no pueden entenderse si no es a la luz de la pobreza que ha caracterizado al municipio desde siglos atrás (Villa, 1995). Aunque diversos programas hoy en día promuevan las mejoras en la alimentación infantil, los ocotepecanos han aprendido que los niños *no saben comer* y por ello desperdician, de ahí la restricción alimentaria nuevamente como respuesta a la escasez, o la falta de incentivación para que el niño con desnutrición coma porque se piensa que él *no quiere comer*, cuando lo que opera es una adaptación a una alimentación restringida en términos de cantidad y de variedad, y posiblemente también una disminución del apetito generada por el malestar que otras enfermedades como la tos, la gripe y la diarrea generan, y a la cual los niños con desnutrición son particularmente vulnerables y que los atacan con frecuencia.

¿Qué papel juegan los modelos médicos en la dinámica social de la desnutrición en Ocotepéc? Con lo expuesto anteriormente podemos resumir que el tipo de relación que se ha establecido entre los ocotepécanos y los curadores biomédicos y los curadores populares ha coadyuvado a que confíen más en estos últimos debido a que perciben mayor eficacia terapéutica y debido a que una parte importante de la demanda de atención médica para los ocotepécanos la constituyen los síndromes culturalmente delimitados que la biomedicina no reconoce y que afectan a los niños desde recién nacidos. Por otro lado, el médico y las enfermeras gozan de poca popularidad en materia de atención a la salud en general debido a que no tienen la disponibilidad de los curadores populares, el médico no habla zoque, las enfermeras sí pero ya agarraron el modo de los médicos que llegan y nunca dan nada puesto que la administración de medicamentos no siempre es necesaria, pero esto es percibido por las familias como falta de atención. Mientras que los curadores populares no sólo recetan medicina alopática sino que administran curaciones con hierbas, los punzan, los soban y les explican la causa de sus padecimientos, incluso pueden avizorar la gravedad del problema y si la muerte se encuentra cercana, elementos que médicos y enfermeras no sugieren ni consideran pues los saberes de un modelo médico y otro son diferentes, resalta que para los ocotepécanos buena parte de su padecer está en función de las relaciones con los otros (hacer daño como en el caso del mal de ojo o del ñikö döyu kaebö yomois), de los antojos, de las polaridades frío- caliente tanto ambientales como de los alimentos y otros elementos más subjetivos y no de la presencia de agentes infecciosos o alérgicos únicamente. La biomedicina excluye de su margen de operación los síndromes culturalmente delimitados que sí reconoce la medicina tradicional, a la cual, al igual que a la autoatención, considera como subalterna (Menéndez, 2003) y esto le impide establecer un diálogo con ellas en la consecución de objetivos concretos como podría ser mejorar el estado nutricional de los niños.

Dado que la desnutrición es un problema de salud sobre el cual insiste Oportunidades y este programa responsabiliza a las madres y padres de familia

del estado nutricional de sus hijos sin atender a las representaciones de las causas que los ocotepecanos se han ido formando a partir de la experiencia del padecer de sus hijos que reformulan y resignifican a la luz de lo que el mismo programa les enseña, lo que resulta es una relación desigual donde el médico diagnostica y los padres aceptan o no dicho diagnóstico, el médico prescribe o sugiere formas de atención y percibe que las madres no las llevan a cabo porque los niños no se recuperan sin indagar otras dificultades más profundas que causan la desnutrición. Lo que este trabajo ha demostrado es que las madres de familia principalmente y algunos padres han generado acciones para atender la desnutrición de sus hijos pero sus esfuerzos mermán ante la frustración que les produce la lucha inútil contra problemas estructurales como la pobreza.

En cuanto al impacto de las organizaciones no gubernamentales que trabajan para atender la desnutrición como UKA y VM, vemos que han tenido incidencia en las representaciones sociales que sobre la desnutrición infantil tienen las madres de familia; pero sobre todo el caso de la primera que distribuye alimentos, las madres utilizan los recursos que les proporcionan a manera de estrategias de supervivencia que van desarrollando para contribuir a su economía y a la alimentación familiar. Para las madres de familia estos apoyos son de suma importancia y han hecho de un asunto que antes era doméstico algo público (Garrote, 2003).

Oportunidades, UKA y VM forman parte de las nuevas redes sociales de apoyo de las madres de familia y paulatinamente tienen mayor importancia en su cotidianidad. Sin embargo, estos programas no tienen vinculación entre sí, traslapan y duplican los apoyos y las acciones para atender la desnutrición infantil (los tres programas realizan vigilancia nutricional, por ejemplo) y tienen sus propias fallas a nivel operativo que les impide contribuir a la mejora de las condiciones de vida de los ocotepecanos, algo que también ya ha sido señalado por Arana- Cedeño (2010) para otros municipios chiapanecos donde hay altos índices de desnutrición infantil. Por ejemplo, UKA ha dejado de distribuir alimentos en los primeros meses del año debido a cuestiones administrativas derivadas de la

necesidad de reiterar su convenio con el DIF (su principal donador en Chiapas) cada principio de año justamente cuando los ocotepecanos empiezan la etapa de hambre. Esto podría atenderse para mejorar el desempeño del programa de forma tal que se asegurara la distribución de los alimentos cuando más lo necesitan los ocotepecanos. Algo similar ocurre con la distribución de las papillas Nutrisano y Nutrivida de Oportunidades.

Por otro lado, cada uno de estos programas trabaja desde una perspectiva etnocentrista de la desnutrición que, como mencionábamos anteriormente, no toma en cuenta las resignificaciones y reformulaciones de las familias que han demostrado no ser ajenas al mismo. Por esta razón no toman en cuenta las iniciativas de las mujeres con las cuales trabajan siquiera en la dinámica de las actividades que llevan a cabo. Resultado de esto es el diseño del paquete nutricional que UKA distribuye y que, a partir de la observación participante, consideramos necesitaría evaluar la pertinencia de los alimentos que contiene no sólo en términos de los gustos y hábitos alimenticios de los ocotepecanos, sino que algunos de ellos ya son producidos por ellos (frijol y maíz) y por tanto no tendrían que replicarse.

La atención a la desnutrición requiere de actividades intersectoriales coordinadas que no se aprecian en estos tres programas. Es más, ni siquiera el propio médico de la UMR compara sus prevalencias o estrategias de atención con los colegas de Secretaría de Salud que trabajan en zonas aledañas a la cobertura de IMSS-Oportunidades. En este ambiente de particularismos y de falta de integración la atención a la desnutrición no puede ser contundente.

Los hábitos de higiene de las familias y las condiciones sanitarias de Ocotepéc son otros factores que no explican la desnutrición pero sí tienen incidencia en el estado de salud general de la población y que vulnera a los niños menores de cinco años. Higiene y sanidad requieren la atención del sector salud, de las ONGs y del sector educativo pues no es un problema de hábitos o representaciones únicamente sino que depende de la disponibilidad de agua limpia y de

aditamentos para garantizar que su almacenamiento no la contamine. Por otro lado, aunque las condiciones ambientales de Ocotepc no pueden cambiarse, es importante tener siempre presente que la excesiva humedad y el frío que caracteriza a la localidad en buena parte del año es una causa para las infecciones respiratorias que vulneran a los niños y les impiden recuperarse de la desnutrición. Los ocotepecanos también han aprendido a vivir en estas condiciones ambientales y los niños crecen jugando descalzos en los pisos fríos o con lo que yo consideraría poco abrigo frente a las bajas temperaturas. Dejo este tema sobre la mesa sin sugerir propuestas concretas en este momento sino para entender la recurrencia de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas.

Finalmente, la normalización de otro proceso histórico, la mortalidad infantil, lleva a las madres y padres de familia a limitar la atención de los padecimientos infantiles aún cuando estos sean agudos o graves; esto no quiere decir que no los atiendan sino que la atención se ajusta a las posibilidades de cada familia pero teniendo en cuenta que finalmente la vida o la muerte no dependen de ellos ni de las habilidades de los curadores sino de los designios de Dios. La vida y la muerte se han ligado a procesos subjetivos porque las condiciones materiales de existencia, de las cuales dependen realmente, se mejoran a paso lento en Ocotepc y lo que queda es generar representaciones que hagan a ciertos eventos críticos, que en otros contextos consideraríamos sumamente dolorosos como la muerte y la enfermedad, menos impactantes aunque no por eso irrelevantes, algo similar a lo que encontró Scheper- Hugues (1997) en Brasil.

Así como cada grupo social genera las respuestas sociales que considera apropiadas a los fenómenos que les acontecen, entre ellos los procesos de salud y enfermedad y muerte, incluida la desnutrición infantil, los ocotepecanos han generado las respuestas que hemos explorado en términos de representaciones sociales que no pueden explicarse si no es a la luz de sus condiciones materiales de existencia caracterizadas por la escasez y la pobreza por demás histórica que los llevan a considerar a diferentes aspectos de su vida como sufrimientos que



PDF Complete

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

buscan resolver con estrategias diversas y que se van modificando de generación en generación y que impactan de manera diferencial a cada uno de los géneros.

Detrás de la desnutrición de los niños ocotepecanos están las condiciones climáticas y ecológicas del lugar, la dinámica del proceso alimentario y la falta de coordinación de los programas destinados a atenderla, todas las cuales le dan al problema un carácter estructural que requiere la intervención de las diferentes instancias del gobierno por medio de programas intersectoriales coordinados pues la prevalencia de desnutrición en Ocotepc y su panorama de morbi- mortalidad de entrada ya nos señala que la desnutrición sigue siendo una enfermedad que refleja las fallas del gobierno en materia de atención a las poblaciones más vulnerables y marginadas, siendo la población indígena del país la más afectada como lo revelaron las primeras encuestas de nutrición realizadas en México a mediados del siglo pasado, de entre las cuales los ocotepecanos sólo son un ejemplo, un ejemplo más de inequidad y de injusticia social.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

BIBLIOGRAFIA:

ARAMONI C., DOLORES

1992 Los refugios de lo sagrado, Religiosidad, conflicto y resistencia entre los zoques de Chiapas, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.

ARANA, MARCOS

2005 Educación para la salud con enfoque estacional, La pertinencia estacional, un enfoque de educación en salud y nutrición para culturas con tiempo circular+, en: *Cuadernos de Nutrición*, vol. 28, núm. 4, Julio- Agosto.

ARANA- CEDEÑO, MARCOS

2010 Dos padecimiento de la pobreza y exclusión en Chiapas: la desnutrición y la tuberculosis+, en: Mariana Pérez (coord.), *Cinco miradas sobre el derecho a la salud, Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., México, pp. 177- 230.

ARANA- CEDEÑO, MARCOS Y DIANA ALHINDAWI

2008 Food Security from the Start of Life+, en *Contact, Health for all*, núm. 186, Noviembre, World Council of Churches- UNSCN, Ginebra, pp. 25-27.

BANCO MUNDIAL

2006 *Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo, Estrategia para una intervención en gran escala, Panorama general*, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, Washington.

BLAYLOCK, JEAN

2008 Do you eat every day? Is what you eat sufficient and healthy?, en *Contact, Health for all*, núm. 186, Noviembre, World Council of Churches- UNSCN, Ginebra, pp. 7- 10.

BONFIL BATALLA, GUILLERMO

2006 *Diagnóstico del hambre en Sudzal, Yucatán, Un ensayo de Antropología Aplicada*, CIESAS, México.

CHAVEZ, ADOLFO Y CELIA MARTINEZ

1979 *Nutrición y desarrollo infantil, Un estudio eto- ecológico sobre la problemática del niño campesino en una comunidad rural pobre*, Nueva editorial Interamericana, México.

CHAVEZ, M. CONCEPCION Y OTROS.

2003 Alta Prevalencia de desnutrición en la Población Infantil Indígena Mexicana, Encuesta Nacional de Nutrición 1999+, en *Revista Española de Salud Pública* vol. 77, núm. 2, Marzo- Abril, pp. 245- 255.

COMISION NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (CDI)

2011 Los zocos de Chiapas, Oqde Püt+, en:

http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=623&Itemid=62, Última actualización 11 de Diciembre de 2009, Última consulta 18 de julio.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL)

2007 *Los Mapas de la Pobreza en México*, México.

CONTRERAS, JESÚS

1993 *Antropología de la alimentación*, Eudema, Madrid.

CORTÉS, EDUARDO, EDUARDO MENÉNDEZ Y ROSA MARÍA RUBALCAVA

2002 Aproximaciones estadísticas y cualitativas, Oposiciones, complementaciones e incompatibilidades+, en: Francisco J. Mercado, Denise Gastaldo y Carlos Calderón (comp.), *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica, Métodos, análisis y ética*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, pp. 29- 48.

COURTENAY, WILL H.

2000 Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health+, en *Social Science and Medicine* 50 (10), pp. 1385-1401.

DE LA MATA, CRISTINA

2008 Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación+, en *Revista Médica de Rosario* 74, pp. 17- 20.

DETTWYLER, KATHERINE A.

1998 The Biocultural Approach in Nutritional Anthropology: Case Studies of Malnutrition in Mali+, en Peter Brown, *Understanding and Applying Medical Anthropology*, Mayfield Publishing, California, pp. 389- 401.

ESPARZA, LUIS L.

2003 Entrevista a Denise Jodelet+, en *Relaciones*, vol. 24, núm. 93, Invierno 2003, El Colegio de Michoacán, Zamora, pp.115- 134.

FREYERMUTH E., GRACIELA

2003 *Las mujeres de humo, Morir en Chenalhó, Género, etnia y generación , factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS, Instituto Nacional de las Mujeres, Comité por una maternidad sin riesgos en Chiapas, Miguel Ángel Porrúa, México.

FREYERMUTH, GRACIELA Y PAOLA SESIA

2006 *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*, en *Desacatos*, núm. 20, CIESAS, México, pp. 9- 28.

GARINE, IGOR DE.

2002 *Los aspectos socioculturales de la nutrición*, en Jesús Contreras, *Alimentación y cultura, Necesidades, gustos y costumbres*, Alfaomega, México, pp. 129- 170.

GARROTE, NORA L.

2003 *Redes alimentarias y nutrición infantil, Una reflexión acerca de la construcción de poder de las mujeres a través de las redes sociales y la protección nutricional a niños pequeños*, *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, Universidad de Buenos Aires, Argentina, pp.117-137.

GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS

2008 *Perfiles municipales 2008*, Secretaría de Hacienda.

GOMEZ, FEDERICO

2003 *Desnutrición*, en *Salud Pública de México*, vol. 45, suppl. 4, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, pp. 576- 582.

GONZALEZ CHAVEZ, HUMBERTO

2007 *La gobernanza mundial y los debates sobre la seguridad alimentaria*, en *Desacatos*, núm. 25, CIESAS, México, pp. 7- 20.

GRAZIA ARNAIZ, MABEL

2010 *Alimentación y cultura en España, una aproximación desde la antropología social*, en: *Revista de Saúde Coletiva*, Río de Janeiro, vol. 20, núm. 2, pp. 357-386.

HAMMERSLEY, MARTYN Y PAUL ATKINSON

1994 *Etnografía, Métodos de investigación*, Paidós, Barcelona.

HARRIS, MARVIN

1999 *Bueno para comer, Enigmas de alimentación y cultura*, Alianza Ed., Madrid.

HERNANDEZ FRANCO, DANIEL, Y OTROS.

2003 *Desnutrición infantil y pobreza en México*, *Serie Cuadernos de Desarrollo Humano 12*, Secretaría de Desarrollo Social, México.

INSTITUTO DE COMUNICACIÓN SOCIAL DEL ESTADO DE CHIAPAS

2011 Boletín 3718, disponible en:

<http://www.cocoso.chiapas.gob.mx/documento.php?id=20110106025404>,

Publicado el 05 de Enero de 2011, Fecha de consulta: 05 de Mayo de 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)

2005 *Mujeres y hombres en Chiapas*, Aguascalientes.

2011 *Censo de Población y Vivienda 2010, Resultados Preliminares*, en http://www.censo2010.org.mx/doc/cpv10p_pres.pdf, fecha de consulta: 22 de Febrero de 2011.

2011 *México en cifras, Información nacional, por entidad federativa y municipios, Chiapas*, en

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?ent=07>, fecha de consulta 22 de Febrero.

2011 *Repertorio de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos, Ocoatepec, Chiapas*, en

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/datos-geograficos/07/07060.pdf>, fecha de consulta: 04 de mayo de 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN

1974 *Encuestas Nutricionales en México, Estudios de 1958 a 1962*, vol. I, División de Nutrición, México.

1974 *Encuestas Nutricionales en México, Estudios de 1963 a 1974*, vol. II, División de Nutrición, México.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

2007 *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, Resultados por entidad federativa, Chiapas*, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, Cuernavaca.

KLEINMAN, ARTHUR

1980 *Culture, Health Care Systems, and Clinical Reality* y *Core Clinical Functions and Explanatory Models*, en *Patients and Healers in the Context of Culture, An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley, pp. 24- 118.

LISBONA GUILLÉN, MIGUEL

2004 *Sacrificio y castigo entre los zoques de Chiapas, Cambios, intercambios y enredos étnicos en Tapilula*, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste- UNAM, San Cristóbal de las Casas.

MARRODAN SERRANO, MARIA DOLORES, MARISA GONZALEZ MONTERO DE ESPINOSA Y CONSUELO PRADO MARTINEZ

1995 *Antropología de la Nutrición, Técnicas, métodos y aplicaciones*, Noesis, Madrid.

MENENDEZ, EDUARDO

1993 *Familia, participación social y proceso salud/ enfermedad/ atención, Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica*, en Francisco Javier Mercado y otros (comp.), *Familia, sociedad y salud, Experiencia de*

investigación en México, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, CIESAS, El Colegio de Sonora, Colección Fin de Milenio, Serie Medicina Social, México, pp. 130- 162.

2002 *El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad*, en *La parte negada de la cultura, Relativismo, diferencias y racismo*, Bellaterra, Barcelona, pp. 309- 374.

2003 *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, en *Ciencia e Saude Colectiva*, vol. 8, núm. 1, Asociación Brasileña de Posgraduados en Salud Colectiva, Río de Janeiro, pp. 185- 207.

MERCADO, FRANCISCO J., ALEJANDRA LIZARDI Y MARTHA VILLASEÑOR
2002 *Investigación cualitativa (en salud) en América Latina, Una aproximación*, en: Francisco J. Mercado, Denise Gastaldo y Carlos Calderón (comp.), *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica, Métodos, análisis y ética* Universidad de Guadalajara, Guadalajara, pp. 133- 157.

ONIS, MERCEDES DE Y OTROS.

2004 *The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): Planning, study, design and methodology*, en *Food Nutrition Bulletin*, vol. 25, núm. 1, sup. 1, March, The United Nations University Press, pp. 15- 26.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

2003 *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*, Unidad de Nutrición, Salud de la familia y comunidad, Washington DC.

OSORIO CARRANZA, ROSA MARÍA

2001 *Entender y atender la enfermedad, Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, INI-INAH-CIESAS, México.

PAULO- MAYA, ALFREDO

2007 *Representaciones de los padres y madres respecto a la desnutrición de sus hijos, Estudio en Hueyapan, Estado de Morelos*, en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, vol. 10, núm. 2, pp. 89- 98.

PÉREZ GIL-ROMO, SARA ELENA Y SILVIA DIEZ- URDANIVIA CORIA

2007 *Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género*, en *Salud Pública de México*, vol. 49, núm. 6, Noviembre- Diciembre, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, pp. 443- 453.

REYES GÓMEZ, LAUREANO

1995 *Antropología de un volcán, Migración y nutrición de comunidades zoques, a diez años de la erupción del Chichonal*, Tesis de Maestría, División de Estudios Superiores- ENAH, México.

2002 *Envejecer en Chiapas, Etnogerontología zoque*, Instituto de Estudios Indígenas- UNACH y Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste- UNAM, México.

ROBLES SILVA, LETICIA

2000 *La subjetividad del investigador en sus análisis científicos, La construcción de explicaciones a partir de sus experiencias personales*+, en: Francisco J. Mercado Martínez y Teresa Margarita Torres López (comp.), *Análisis cualitativo en salud, Teoría, método y práctica*, Universidad de Guadalajara- Plaza y Valdés, Guadalajara, pp. 33- 45.

ROSS, ERIC

2002 *Una revisión de las tendencias dietéticas entre los cazadores- recolectores hasta las sociedades capitalistas modernas*+, en: Jesús Contreras, *Alimentación y cultura, Necesidades, gustos y costumbres*, Alfaomega, México, pp. 259- 306.

SAUCEDO ARTEAGA, GABRIEL Y OTROS.

2001 *Cambios en el déficit de talla de los preescolares en la población rural mexicana*+, en Villanueva, María y Enrique Serrano (eds.), *Estudios de Antropología Biológica*, vol. X, tomo I, IIA- UNAM, México, pp. 159- 172.

SARAGIH, HENRY

2008 *Solving Food Crisis, Follow the Peasants Way*+, *Contact, Health for all*, núm. 186, Noviembre, World Council of Churches- UNSCN, Ginebra, pp. 17- 18.

SCHEPER- HUGHES, NANCY

1997 *La muerte sin llanto, Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Ariel, España.

1998 *Culture, Scarcity, and Maternal Thinking: Maternal Detachment and Infant Survival in a Brazilian Shantytown*+, en Peter Brown, *Understanding and Applying Medical Anthropology*, Mayfield Publishing, California, pp. 375- 387.

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL)

2008 *A diez años de intervención, Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008 en zonas rurales (1997-2007), Tomo II: El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición*, Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, México.

2009 *Oportunidades para vivir mejor*, en

http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/618/Oportunidades_para_vivir_mejor_espanol.pdf, Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, fecha de consulta: 04 de Enero de 2010.

2009 *Reglas De Operación Del Programa De Apoyo Alimentario*, Oportunidades-,

en

http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/reglas_de_operacion_del_programa_de_apoyo_alimenta, fecha de consulta: 05 de Enero de 2010.

SECRETARÍA DE SALUD

2011 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño+, en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>, fecha de publicación 09 de Enero de 2001 en el Diario Oficial de la Federación, México, Última visita 14 de julio.

2009 *Rendición de Cuentas en Salud 2008*, México.

SESIA, PAOLA

2001 Aquí la Progresía está muy dura, Estado, negociación e identidad entre familias indígenas rurales+, en *Desacatos*, núm. 8, Invierno, CIESAS, México, pp. 109- 128.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD (SINAIS)

2011 Mortalidad, información tabular+, en:

<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>, Última modificación 27 de Octubre de 2010 a las 14: 27, por la Dirección General de Información en Salud, Última consulta 08 de Enero de 2011.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (SNDIF)

2011 Antecedentes+, en: http://dif.sip.gob.mx/?page_id=186, Última modificación 23 de Diciembre de 2010, Última visita 17 de Agosto.

TAYLOR, CLARK L.

1962 *Medical customs of the zoque*, tesis de maestría, Universidad de Texas en Austin.

THOMAS, NORMAN D.

1974 *Envidia, brujería y organización ceremonial: Un Pueblo Zoque*, Trad. Celia Paschero, Secretaría de Educación Pública, Edic. El Caballito, México.

UN KILO DE AYUDA

2011 Qué hacemos+, disponible en:

<http://www.unkilodeayuda.org.mx/QueHacemos.asp>, última consulta: 04 de Abril.

VILLA ROJAS, ALFONSO

1995 *Estudios etnológicos, Los Mayas*, UNAM, México.

VILLASANA BENÍTEZ, SUSANA

2002 *Sociodemografía de la familia, Estudio de la adscripción religiosa de las familias zoques de Tapalapa, Chiapas, 1985- 1997*, Instituto de Estudios



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Indígenas- UNACH, México.

VILLAVICENCIO ZARZA, FRIDA GUADALUPE

1990 *El verbo zoque de Francisco León, Chiapas, Raíces mínimas y tipología*, INAH, México.

VISIÓN MUNDIAL AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

2011 *¿Quiénes somos+ y ¿Nuestra historia+*, en <http://www.visionmundial.org/visionmundial.php?id=2>, Versión de la página 2011, Última consulta 20 de junio.

VISIÓN MUNDIAL MÉXICO

2011 *¿Historia+*, en <http://www.visionmundial.org.mx/visionmundial.php?id=77>, Última consulta 20 de junio.

YOUNG, ALAN

1982 *The anthropologies of illness and sickness+*, *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, Octubre, 257- 285.

ZOLA, C., S. DEL BOSQUE, A. TASCÓN Y V. MELLADO

1988 *Medicina tradicional y enfermedad*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.