

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

ESCUELA DE POSGRADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIDAD DE POSGRADO

**“CULTURA ALIMENTARIA Y REPRESENTACIONES
SOCIALES SOBRE LA SALUD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS
MENORES DE 12 AÑOS EN LOMAS DE CARABAYLLO:
UNA MIRADA DESDE LOS ACTORES EN EL AAHH SAN
BENITO”**

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN
ANTROPOLOGÍA**

AUTOR

Vanessa Cardozo Alarcón

ASESOR

Dr. Humberto Rodríguez Pastor

Lima – Perú

2015



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

**ACTA PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
 MAGÍSTER EN ANTROPOLOGÍA**

En Lima, a los doce días del mes de octubre del año dos mil quince, reunidos en la Sala de Grados de la Unidad de Post-Grado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a horas 5:00 p.m., bajo la Presidencia del Dr. MANUEL HERNÁN AMAT OLAZÁVAL y con la concurrencia de los demás Miembros del Jurado Examinador, se inició la ceremonia invitando a la graduanda **VANESSA CARDOZO ALARCÓN**, para que hiciera la exposición de la Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Antropología. Siendo el trabajo titulado:

“CULTURA ALIMENTARIA Y REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA SALUD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 12 AÑOS EN LOMAS DE CARABAYLLO: UNA MIRADA DESDE LOS ACTORES EN EL AAHH SAN BENITO”

A continuación fue sometido a las objeciones por parte del Jurado. Terminada esta prueba y verificada la votación; se consignó la calificación correspondiente a:

B MUY BUENO 18

Por tanto el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el Grado Académico de Magíster en Antropología, a la Bachiller **VANESSA CARDOZO ALARCÓN**. Siendo las 6:00 p.m. y para constancia dispuso se extendiera la presente Acta y firmaron:

Dr. Manuel Hernán Amat Olazával.
 PRESIDENTE

[Firma manuscrita de Manuel Hernán Amat Olazával]

Mg. Hernán Cornejo Velásquez.
 MIEMBRO

[Firma manuscrita de Hernán Cornejo Velásquez]

Dr. Jürgen Golte.
 MIEMBRO

[Firma manuscrita de Jürgen Golte]

Dr. Luis Millones Santagadea.
 MIEMBRO

[Firma manuscrita de Luis Millones Santagadea]

Dr. Humberto Rodríguez Pastor.
 ASESOR

[Firma manuscrita de Humberto Rodríguez Pastor]



[Firma manuscrita de Manuel Hernán Amat Olazával]
Dr. MANUEL HERNÁN AMAT OLAZÁVAL
 DIRECTOR

Dedicatoria

*A Tito (Humberto Rodriguez Pastor) y a Paty (Patricia Reyes) con
gratitud, por creer, acompañar, soltar y confiar.*

Agradecimientos:

A la Asociación Civil Warmi Huasi en la persona de Edward O’Cconell, Milka Rosas y Rosario Salinas, por toda la información y la confianza brindadas para investigar y trabajar en el Asentamiento Humano San Benito y con los cuales nos unen una profunda amistad e ideales comunes.

Al equipo de trabajo integrado por Clarisa Ocaña, Amelia Palacios y Shirley Almeida, con quienes hemos compartido información valiosa y apoyo mutuo a lo largo del proceso de investigación, que nace de la amistad que nos tenemos.

A los profesores Luis Millones y Jürgen Golte, por revisar los informes preliminares la tesis y hacer importantes aportes no solo en el documento final sino también en mi formación en antropología.

A mis compañeras y amigas de la maestría Carmen Cazorla, Patricia Alvarado y Daniel Guzman, por compartir los estudios y diversos debates que fueron de gran aprendizaje para mi y porque de distinta manera y casi sin saberlo, me han animado a terminar la tesis.

A mis maestras de la escuela de nutrición de la facultad de medicina de la UNMSM, Ana Higa e Ivonne Bernui por inspirarme y animarme a seguir la antropología.

A Don Severino de la Cruz por enseñarme a Arguedas y con él la antropología y más.

A Jean-Louis Lyot por el apoyo, cariño y dedicación brindados en la última fase de la tesis sobre todo en la corrección del estilo.

A mis padres siempre, por los días compartidos y su gran ejemplo de vida.

Indice

Dedicatoria.....	I
Agradecimientos:	II
Indice	III
Lista de cuadros.....	VIII
Lista de figuras.....	VIII
Resumen	IX
Abstract.....	X
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Situación problemática.....	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Justificación de la investigación.....	4
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivos generales.....	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
2 MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes de la investigación	6
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Marco conceptual o glosario	20
2.4 Hipótesis y variables	21
2.4.1 Hipótesis generales.....	21
2.4.2 Identificación de variables	22
3 METODOLOGÍA	22
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	22
3.2 Unidad de análisis	22
3.3 Población de estudio	23
3.4 Tamaño de muestra.....	23
3.5 Selección de muestra	23

3.6	Técnicas de recolección de datos.....	24
3.6.1	Lugar y condiciones de la recolección de datos.....	24
3.6.2	Trabajo etnográfico	25
3.7	Análisis e interpretación de la información.....	26
4	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	27
4.1	SAN BENITO Y LAS LOMAS DE CARABAYLLO.....	27
4.1.1	Ubicación geográfica y distribución de las zonas de estudio	27
4.1.2	El clima y aspectos medioambientales de Las Lomas de Carabayllo 31	
4.1.3	Perspectiva histórica de San Benito y sus anexos	33
4.1.3.1	El distrito de Carabayllo	33
4.1.3.2	San Benito y los primeros pobladores	35
4.1.4	Población estimada por edades y datos censales.....	36
4.1.5	Organizaciones e instituciones presentes en la zona.....	38
4.1.5.1	El Estado y el sector público.....	38
4.1.5.2	Las Instituciones educativas.....	40
4.1.5.3	La sociedad civil.....	42
4.1.6	Lugares de origen y festividades en San Benito	43
4.1.7	Multiparidad y periodo intergenésico de las madres en San Benito y su relación con la salud de los niños	45
4.2	CULTURA ALIMENTARIA	46
4.2.1	Las prácticas de alimentación infantil en San Benito	47
4.2.1.1	Alimentación del niño recién nacido antes de los 6 meses, es decir niño, niña lactante. 48	
4.2.1.1.1	La exclusividad y no exclusividad de la lactancia materna en San Benito. 49	
4.2.1.1.2	Principales dificultades para las madres o cuidadoras.	51
4.2.1.2	Alimentación del niño después de los 6 meses, es decir niño y niña ablactante.	52
4.2.1.2.1	Los primeros alimentos.....	53

4.2.1.2.2	Las menestras en las papillas.....	56
4.2.1.2.3	La fuerza de las instrucciones del establecimiento de salud.....	57
4.2.1.2.4	La negociación en la elección de los alimentos.	59
4.2.1.3	Alimentación del niño de 3 a 5 años o en etapa pre escolar; es decir cuando está en el jardín de niños o colegio inicial.	61
4.2.1.3.1	Las prácticas alimentarias en el colegio inicial.	62
4.2.1.3.2	La lonchera del jardín de niños en San Benito.....	63
4.2.1.3.3	La persistencia del “Calentao” en la lonchera de los niños	65
4.2.1.4	Alimentación del niño de 6 a 12 años o en etapa escolar primaria.....	67
4.2.1.4.1	La oferta alimentaria dentro y fuera de las Instituciones Educativas de San Benito. 68	
4.2.1.4.2	La propina.	70
4.2.1.5	Las prácticas alimentarias, cotidianas y domesticas en periodos de enfermedad.....	71
4.2.1.5.1	La desnutrición y la anemia como enfermedades silenciosas.....	72
4.2.1.5.2	Cambios en la alimentación durante los periodos de las enfermedades respiratorias.	74
4.2.1.6	Consideraciones finales sobre las prácticas alimentarias.....	78
4.2.2	Ideologías de la alimentación: Creencias, costumbres y valores en la alimentación infantil en San Benito.	80
4.2.2.1	Las vísceras y los alimentos de origen animal.....	81
4.2.2.2	El estigma de la grasa.....	83
4.2.2.3	Lo “aguado” y lo “espeso”.	84
4.2.2.4	Alimentos “Frescos y Cálidos”	85
4.2.2.5	El “antojo” del niño.	86
4.2.3	Dimensión simbólica del alimento en San Benito.....	87
4.2.3.1	El poder de La leche.	88
4.2.3.2	La sublimación de la carne.....	89
4.2.3.3	La lenteja la más nutritiva de las menestras.....	90
4.2.3.4	Las “Siete Semillas”.	91
4.2.3.5	Uso de alimentos para curar enfermedades.	91

4.2.3.5.1	El susto.....	91
4.2.3.5.2	La teta asustada.....	92
4.2.4	Origen de los padres o cuidadores y su relación con las costumbres alimentarias	94
4.2.5	Estructura del sistema alimentario en San Benito.....	96
4.2.5.1	Los Mercados y lugares de abastecimiento de alimentos.....	97
4.2.5.2	Actores que intervienen en el sistema alimentario.....	102
4.2.6	La influencia de la publicidad y el marketing en las prácticas alimentarias de San Benito.....	104
4.2.7	Actores que intervienen en la alimentación y la salud de los niños	106
4.2.7.1	Las madres o cuidadoras.....	106
4.2.7.2	La “presencia/ausencia” del papá en la alimentación del niño.....	107
4.2.7.3	El personal del establecimiento de salud.....	108
4.2.7.4	Las Organizaciones No Gubernamentales.....	109
4.3	REPRESENTACIONES SOCIALES.....	110
4.3.1	Representaciones y significados que son asignados a la salud, crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.....	111
4.3.1.1	Consideración respecto a la salud “si se enferma me cuesta”.....	111
4.3.1.2	Invertir en la alimentación.....	112
4.3.1.3	Significados en cuanto al crecimiento, desarrollo y estado nutricional.....	114
4.3.1.4	El hijo inteligente.....	116
4.3.2	Percepciones sobre salud/enfermedad de los niños y niñas desde los actores en San Benito	116
4.3.2.1	Percepción del binomio Salud/Enfermedad del personal de salud.....	119
4.3.2.2	Percepción del binomio Salud/Enfermedad por parte de la madre o cuidadora del niño.....	120
4.3.2.3	La “buena salud” y la “buena alimentación”.....	121
4.3.2.4	Frustraciones y dificultades en el manejo de la salud/enfermedad de las madres y cuidadoras de los niños.....	124

4.3.3	Representación de la causalidad de la enfermedad.....	127
4.3.3.1	Percepciones y opiniones con relación a los servicios de salud.	133
4.3.3.2	Representación colectiva de la salud infantil en la comunidad.....	145
	CONCLUSIONES	155
	RECOMENDACIONES	159
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	162

Lista de cuadros

- Cuadro N°1. Población Estimada por Grupos de Edades según estimación de la Dirección de Salud V Lima Ciudad 2012 p. 37
- Cuadro N° 2 Prevalencia de Parásitos Encontrados en campaña de despistaje de anemia y parasitosis 21 de Agosto del 2010 p. 128
- Cuadro N° 3. Prevalencia de Parásitos Encontrados en campaña de despistaje de anemia y parasitosis 26 de Febrero del 2011 p. 129

Lista de figuras

- Vista satelital del acceso a los Asentamientos Humanos en las Lomas de Carabaylo - San Benito, 2014 p. 29
- Vista satelital de San Benito p. 30
- Mapa Oficial de San Benito (2009) p. 31

Resumen

Objetivos. Describir las características de la cultura alimentaria y explorar las representaciones sociales acerca de la salud de los niños y niñas menores de 12 años. **Metodología.** De tipo cualitativa, observacional, basado en el método etnográfico a través de entrevistas y conversaciones con las madres, cuidadores y otros agentes responsables de la salud infantil en el AAHH San Benito en las Lomas de Carabayllo realizado en aproximadamente 470 días de trabajo de campo. **Resultados.** La cultura alimentaria fue reconocida, entre otras cosas, a través de las practicas alimentarias y mostró el especial cuidado que se tiene de los niños más pequeños dentro del hogar. Se presentaron prioridades alimentarias alrededor de percepciones de las madres sobre lo que el niño “se antoja” acompañado de un conjunto ideológico construido desde las recomendaciones nutricionales brindadas por diversos actores (personal de salud, profesoras de escuela, vendedoras del mercado, abuelas, etc.), así como la negociación con las preferencias del niño y la influencia de la publicidad alimentaria. Las representaciones de la buena salud infantil se sostienen en el imaginario colectivo del buen rendimiento escolar (inteligencia), el ánimo (inquietud) y el apetito del niño (hambre). Del mismo modo los problemas de salud y desnutrición están relacionados a la carencia del agua y el aspecto climático y medio ambiental. **Conclusiones.** La condición geográfica de las “Lomas” es aquello que caracteriza principalmente la dinámica organizacional doméstica y colectiva de San Benito, del mismo modo la cultura alimentaria esta fundacionalmente construida a partir de los patrones alimentarios de los lugares originarios de donde provienen los pobladores, adaptándose a las condiciones que ofrece su nuevo entorno.

Palabras claves: Cultura alimentaria, Representaciones Sociales, Desnutrición, Salud Infantil, Preparaciones, Lomas de Carabayllo.

Abstract

Objectives: To describe the characteristics of food culture and explain the social representations about health of children under 12 years. **Methodology:** Qualitative, observational, based on the ethnographic method through interviews and conversations with mothers, caregivers and other agents responsible for child health in the AAHH San Benito in Carabayllo conducted in approximately 470 days of fieldwork. **Results.** Food culture was recognized, among other things, through food practices and showed the special care taken of young children in the home. Food priorities around perceptions of mothers were presented on what the child "fancy" accompanied by an ideological complex built from the nutritional recommendations provided by various actors (health personnel, school teachers, market vendors, grandmothers, etc.), as well as negotiating with the child's preferences and the influence of food advertising. The representations of good child health are held in the collective imagination of good school performance (intelligence), mood (anxiety) and the child's appetite (hunger). Similarly health problems and malnutrition are related to lack of water and climate and environmental aspect. **Conclusions.** The geographical position of the "Lomas" is what mainly characterizes domestic and collective organizational dynamics of San Benito, just as the food culture is foundationally built from the eating patterns of native places from which the folks come, adapting to the conditions offered by their new environment.

Keys words: Food culture, Representations social, Malnutrition, Health children, Preparation, Lomas de Carabayllo.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

El estado de salud de la población infantil en nuestro país, es el resultado de la interacción de una diversidad de factores: sociales, culturales, políticos, económicos y ambientales. Esto ha sido ampliamente revisado y discutido por diversas instituciones que se han encargado de vigilar y recopilar información sobre diferentes aspectos de la infancia, desde organismos internacionales hasta instituciones públicas gubernamentales y las no gubernamentales. Sin embargo, como sucede en la mayoría de los países latinoamericanos, la salud de los niños y las niñas raras veces es abordada de manera global y en muchos casos es objeto de intervenciones disociadas unas de otras. Así lo establecen Lefevre, Kolsteren, Maire y Suremain (de) (2003), en un estudio realizado en los distritos de Independencia y Carabayllo, refiriéndose a la promoción del crecimiento infantil, cuidados curativos y preventivos, así como la alimentación, que además no son concertadas entre los diferentes actores responsables de la salud del niño (madres, personal de salud, entorno), afirmando que “esta situación conduce a una escasa eficacia en los cuidados impartidos y a la recurrencia de determinados problemas de salud en la población infantil” (Lefevre, Kolsteren, Maire y Suremain(de), 2003 p. 23).

En nuestro país, el principal problema de salud infantil es la prevalencia de desnutrición crónica en los niños y las niñas menores de cinco años, según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) ¹ (INEI 2012a). Sin embargo

¹ Se reporta un 19,5% a nivel nacional, siendo un factor gravitante el bajo nivel educativo de la madre (54% de niños y niñas con desnutrición crónica que provienen de madres sin educación) y el ámbito geográfico (en la sierra existe un 30,7% de niños y niñas con desnutrición crónica y

los estudios de la problemática de la desnutrición y la anemia, están siempre sujetos a dejar de lado el contexto social, histórico y cultural donde se enmarca dicho problema, carente de un enfoque multidimensional. Así lo plantean Ponciano Del Pino, Magrith Mena, Sandra Torrejón, Edith Del Pino, Mariano Arones y Tamia Portugal (2012), en una etnografía realizada en cuatro comunidades andinas, estableciendo que más allá de las inequidades y la pobreza encontradas, hay prácticas culturales concretas que se manifiestan directamente en el estado de salud del niño y que tienen implicancias positivas y otras negativas (Del Pino et al., 2012 p.16).

En el 2009, la ONG Warmi Huasi inició dos proyectos en el Asentamiento Humano (AAHH) San Benito, ubicado en el distrito de Carabayllo en la zona conocida como las Lomas de Carabayllo, que buscaban contribuir a la disminución de la desnutrición crónica y mejora de las prácticas alimentarias y la promoción del buen trato en las familias, ambos trabajaron partiendo de un enfoque de redes primarias que se sostenía en el protagonismo de la comunidad y sus agentes para asumir la solución de sus problemas. Uno de estos problemas, considerados de especial interés por la población de San Benito, fue la salud y alimentación de los niños.

Es en ese contexto en el que surgen las primeras preguntas que motivan la exploración de una serie de situaciones alimentarias relacionadas a la salud de los niños, las cuales partieron de las contradicciones observadas en el comportamiento alimentario de la población de San Benito.

Algunas de estas contradicciones se encontraban relacionadas a las prácticas alimentarias, al consumo de alimentos, los roles que entablan madres o cuidadores de los niños a la hora de dar de comer, así como el tipo de alimento

en la selva un 28,2%). Del mismo modo, la anemia nutricional continúa afectando a más de un tercio de los niños y las niñas menores de cinco años, padeciéndola el 30,7% a nivel nacional, siendo mayor en el ámbito rural (38,6%) y en la sierra (39.9%) (INEI 2012 a).

y preparación que eligen en la primera infancia. Si a eso se suma la prevalencia del 15% de desnutrición crónica en la población infantil y un 25% de riesgo de padecerla, cifras que están por encima de las estimadas por el ENDES para tratarse de la ciudad de Lima (Warmi Huasi, 2009), estamos hablando de un AAHH con alta vulnerabilidad en la salud de su población infantil.

A partir de estos hallazgos se pudo decir que existen problemas de salud, alimentarios y nutricionales en la población infantil del AAHH San Benito en las Lomas de Carabaylo, sin embargo, no se había podido determinar con exactitud, las causas de dichos problemas, ni tampoco qué conceptos e ideas tenían los cuidadores acerca de la alimentación, desnutrición y la salud de sus hijos pues se sabe que la desnutrición puede tener diversas consecuencias, lo que no se sabía con certeza era cuándo es que ésta se hace evidente como un problema en el hogar que cuyos niños la padecen y en qué medida la desnutrición podría estar alterando la dinámica familiar, laboral, económica y comunitaria en San Benito.

Esa es la principal motivación que dio pie a esta investigación; ya que era muy probable que las percepciones y representaciones de la salud y la alimentación de los niños y las niñas que existen en el imaginario colectivo de la población sean las que determinen las prácticas de alimentación infantil que causen dichos problemas. ¿Desde cuándo es que se dan estas representaciones?, ¿de qué manera se dan?, ¿cuáles son los factores que las reproducen? y ¿cuál es la relación de estas con las formas de alimentación (Cultura alimentaria) a la que están expuestos por la pobreza en la que viven estas localidades?

1.2 Formulación del problema

Para todas las personas que tienen bajo su responsabilidad el cuidado, la buena salud, el crecimiento y el desarrollo de un infante, estos aspectos en todo

ámbito, se constituyen como importantes preocupaciones y no resulta ser diferente en el AAHH San Benito en las Lomas de Carabayllo. Sin embargo no se conoce con certeza los conceptos y significados que puedan tener acerca de la alimentación y cuidados de la salud de los niños y las niñas, por parte de los padres, cuidadores, aliados y vecinos; así como las razones por las que estos (conceptos y significados) puedan afectar la salud de la población infantil.

Por todo lo anteriormente expuesto, es necesario responder: ¿qué características tiene la cultura alimentaria de las familias de los niños y las niñas menores de 12 años? Y, ¿cómo son las representaciones sociales alrededor de la salud de los niños y las niñas menores de 12 años?

1.3 Justificación de la investigación

Esta investigación dará respuestas a diversos cuestionamientos que no se han hecho en anteriores estudios, como: la exploración de los aspectos culturales alrededor de la alimentación y el universo que existe detrás de las prácticas que tradicionalmente se han ido dando y que guardan estrecha relación con la salud de los niños y las niñas. En este sentido será un aporte académico importante ya que estaría cubriendo el vacío que existe sobre el estudio del comportamiento alimentario de la población y de esta manera, dar luces a nuevas hipótesis de intervención comunitaria para los y las profesionales, las autoridades e instituciones que velan por mejorar la salud y alimentación de la población infantil, de San Benito, que viene a ser el Asentamiento Humano más grande, el más alejado y el más poblado de las Lomas de Carabayllo.

La comprensión de las representaciones sociales y la cultura alimentaria local de los que intervienen en la crianza de los niños y las niñas, así como de los aliados y profesionales de la salud por parte del estado, permite a cada uno de estos grupos de actores asumir plenamente su rol hacia la infancia. Esta

comprensión hará posible el desarrollo de actividades mucho más eficaces y pertinentes que puedan contribuir a la mejora de la salud infantil y hacer trabajos preventivos desde el sector público y privado.

1.4 Objetivos

1.4.1 *Objetivos generales*

1. Describir las características de la cultura alimentaria de las madres o cuidadores de los niños y las niñas menores de 12 años y sus respectivas familias en el AAHH San Benito y sus anexos: Calizal, Agrupación Familiar Primavera, Cruz del Norte II, Los Cipreses y Villa Nazareth, en las Lomas de Carabayllo.
2. Explorar las representaciones sociales acerca de la salud de los niños y las niñas menores de 12 años, de las madres o cuidadores, aliados y otros agentes responsables de su crianza en el AAHH San Benito y sus anexos: Calizal, Agrupación Familiar Primavera, Cruz del Norte II, Los Cipreses y Villa Nazareth, en las Lomas de Carabayllo.

1.4.2 *Objetivos específicos*

1. Identificar las prácticas de alimentación que realizan las madres o cuidadores de los niños y niñas menores de 12 años en el AAHH de San Benito y sus anexos: Calizal, Agrupación Familiar Primavera, Cruz del Norte II, Los Cipreses y Villa Nazareth, en las Lomas de Carabayllo.
2. Examinar los conceptos y significados sobre la alimentación de los niños y niñas menores de 12 años que son aplicados por parte de las

madres o cuidadores, responsables de la crianza de los mismos en el AAHH de San Benito y sus anexos: Calizal, Agrupación Familiar Primavera, Cruz del Norte II, Los Cipreses y Villa Nazareth, en las Lomas de Carabayllo.

3. Explorar la influencia de las políticas sociales, económicas y de salud sobre las prácticas de alimentación ejercidas desde los responsables de los cuidados y la crianza de niños y niñas menores de 12 años.
4. Recopilar información sobre los conocimientos y conceptos que tienen las madres o cuidadoras de los niños y niñas menores de 12 años, acerca del proceso de salud/enfermedad.
5. Interpretar y entender el campo de las representaciones y significados de las madres o cuidadores, aliados y responsables de la crianza de los niños y niñas menores de 12 años sobre el crecimiento, desarrollo y la salud/enfermedad de los mismos.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Alimentación, historia y Cultura en los hogares peruanos.

Elmo León (2013, p. 24), en su publicación 14 000 años de Alimentación en el Perú, cita a Gosden (2005) quien afirma que la comida no solo es necesaria

para sobrevivir sino que por medio de ella se “construye cultura”, haciendo hincapié que fue la domesticación de plantas y animales, lo que condujo a un nuevo sistema de comunicación, reorganización social e inéditos valores simbólicos en los seres humanos.

La comida por lo tanto esta intrínsecamente sujeta al ser humano y mucho más en nuestro caso como peruanos, tanto por la diversidad de recursos como por los actores que intervienen en ella, llámese la familia, la sociedad y nuestro desarrollo desde la infancia (León, 2013 p. 25).

Se sabe con orgullo además que el Perú posee un alto número de especies originarias como resultado de las características geográficas y climáticas del territorio peruano acompañado de un importante proceso de domesticación de estas especies destinadas a la alimentación.

Las evidencias disponibles permiten establecer que fueron las culturas costeñas las que poseían una gran diversidad alimentaria, así lo demuestran antiguos restos alimenticios encontrados en sitios arqueológicos a lo largo de la costa peruana como es el caso de Bandurria (Huaura) y Áspero (Supe Puerto) que formaron parte de la civilización Caral, cuyos habitantes, unos pescadores y otros agricultores, sacaron ventaja de las condiciones naturales de sus respectivos ambientes, mediante el intercambio de pescados y moluscos por productos agrícolas: “los dirigentes de los pescadores entregaban, en particular, anchoveta seca (*Engraulis ringens*), macha (*Mesodesma donacium*) y choro (*Choromytilus chorus*) a las autoridades de los agricultores; a cambio, las autoridades del valle les daban (...) zapallo (*Cucurbita* sp.), achira (*Canna edulis*), fréjol (*Phaseolus vulgaris*), camote (*Ipomoea batata*) (...)” (Shady, 2006 p. 62).

De acuerdo a Golte (2001, p. 108) durante el incanato el 90% del tiempo era dedicado a labores agrícolas. La agricultura era además la principal actividad económica y tributaria, a través de la cual las poblaciones cumplían las

obligaciones al Estado, adicionalmente poseían tierras para el cultivo en beneficio propio.

El principal mérito de los incas fue la administración adecuada de los recursos, mediante el aumento de la superficie de cultivo de ciertos alimentos así como la mejora de la producción y la capacidad de distribución y almacenamiento. En términos culinarios, esto significó a la par de grandes modificaciones en la alimentación de las poblaciones anexadas al Tawantinsuyo, el intercambio fluido de saberes, tecnologías, valoraciones y contenidos simbólicos de los alimentos (Cánepa, Hernandez, Biffi y Zuleta, 2011 p. 37-38).

Después de la llegada de los españoles se dieron una serie de cambios en la alimentación, producto de nuevos elementos culturales, religiosos, de toda una nueva cosmovisión que generó, además de un choque violento que remeció su cultura, un mestizaje de tecnologías y sabores que están presentes en nuestros días, en nuestros hogares.

Cabieses (1997 p. 24) en Cien siglos de pan: 10 000 años de alimentación en el Perú, describe a este mestizaje como un proceso de transculturización incipiente que abrió una brecha de intereses dispares: “Brecha profunda oscura, abismal que por cinco siglos ha separado la cultura indígena-mestiza de la cultura occidental. Porque los recién llegados no lograron descubrir realmente ese Perú que habían conquistado militarmente.” De esta manera se refiere a la desvalorización de los productos agrícolas así como de la flora y fauna nutricional. Sin embargo y a pesar de ello, se incorporaron nuevos productos agrícolas que resultaron ser muy importantes como la caña de azúcar, el trigo, el arroz, la cebada, la cebolla, la zanahoria y muchos otros tantos frutos nuevos.

La cultura africana también aparece desde la esclavitud traída por España y con ella nuevos sabores y formas de preparar los alimentos. Unos siglos después, con la abolición de la esclavitud, otras incorporaciones culturales dieron paso a un nuevo proceso del mestizaje culinario. Cabieses (1997) afirma:

A la mitad del siglo XIX el africano, que junto a los moros había metido sus manos morenas en el menú nacional, fue lanzado bruscamente a los riesgos de la libertad y abandonó los campos creando un vacío laboral que hirió gravemente a la agricultura. La crisis del agro pudo ser conjurada a medias con la importación de labradores chinos bajo contratos que disfrazaban mal una nueva forma de esclavitud y los miles de “coolíes” llegaron a nuestras costas trayéndonos nuevos conceptos que invadieron nuestra cocina, influenciando en el desarrollo de la gastronomía y nutrición. (p. 26-27)

Se sabe que de estas cuatro grandes raíces, la indígena, la española, la africana y la china, surgió la cocina peruana que se trasmite y replica dentro de los hogares peruanos y con ella un sistema alimentario, una serie de patrones alimentarios que desde una perspectiva antropológica se trata de abordar como un fenómeno más local, más regional y en constante cambio.

En este mismo sentido podemos mirar el fenómeno alimentario en el AAHH San Benito en donde existen los remanentes de una socialización campesina y una fuerte influencia de la ciudad de Lima Metropolitana.

Situación Alimentaria y contexto social de las Lomas de Carabayllo previo al estudio en el AAHH San Benito y sus anexos

En un estudio etnográfico hecho en Carabayllo en el año 2006, más precisamente en las zonas de Chocas Medio, Chocas Alto y Rio Seco, cuyas características poblacionales son similares a las encontradas en los AAHH de las Lomas de Carabayllo, se encontró que en las representaciones de las madres, los aspectos fundamentales para mantener la salud son la alimentación y la limpieza. En la alimentación las madres en la zona rural mencionan las verduras que es el cultivo principal de la zona de Chocas, mientras que en las zonas urbanas solo lo hacen cuando se les pregunta por ellas, normalmente ellas identifican aquellos alimentos que contienen energía y

proteínas o los productos cuya categoría era definida por ellas como “naturales” (Rubín de Celis, Pecho y Suremain (de) 2003 p. 160).

Esto nos hace pensar que la alimentación depende mucho de las condiciones del lugar, la actividad productiva y la procedencia de la madre o cuidadora del niño, como veremos más adelante en los resultados de este estudio.

Por ello es importante reconocer la situación de este AAHH situado en las Lomas de Carabayllo al margen del río Chillón como una ciudad con habitantes de origen de culturas rurales con hábitos específicos de la localidad de procedencia.

Esta disposición rural y de actividad agrícola tiene como antecedente el devenir histórico de las actividades económicas que allí se desarrollaron desde sus inicios².

Con el tiempo, los parceleros, no sólo por su condición de trabajadores sino por su dominio de la tierra, son tentados por diversas inmobiliarias, sobre todo los que se encuentran ubicados más cerca al límite urbano. Por otro lado, debido a las características de los terrenos arcillosos, algunas parcelas son explotadas para extraer la materia prima para la fabricación de ladrillos. La demanda es grande debido a que se está promoviendo la construcción de viviendas y a la ampliación de la zona urbana.

² Históricamente la capital del distrito de Carabayllo fue el pueblo de San Pedro, ubicado a la margen izquierda del río Chillón y es durante el gobierno de Manuel A. Odría, que se le otorga a San Pedro de Carabayllo la categoría de pueblo y capital del distrito. En la década de 1970 la sede de la municipalidad distrital se trasladará a la margen opuesta del río Chillón, a la altura del kilómetro 18 de la Av. Túpac Amaru (carretera a Canta). Esta nueva ubicación municipal se debió al creciente desarrollo urbano que se extendía a lo largo de la Av. Túpac Amaru, desde el kilómetro 16 hasta el 23. De esta manera, el pueblo de San Pedro, capital del distrito de Carabayllo, quedará postergada en una dinámica rural (Quispe y Tàcunan, 2011, p. 104).

A pesar de las ventajas comparativas que poseen las tierras agrícolas del valle del Chillón, cercanía al mercado limeño, fertilidad de las tierras carreteras, fuerza de trabajo y, sobre todo, abundante agua de riego; los campesinos decidieron individualizarse y perder la cooperativización de la tierra, que tanto esfuerzo y sacrificio les costó obtener. Las causas son numerosas y entre ellas podemos mencionar la desidia de algunas juntas directivas, el escaso apoyo crediticio gubernamental, la crisis secular de la economía peruana, la imposibilidad de colocar sus productos directamente en el mercado limeño (intermediarios), entre otras. En el sector noroeste del distrito muchos pobladores migrantes que no contaban con los recursos económicos necesarios para comprar terrenos para vivienda optaron por ocupar las Lomas de Carabaylo, área ecológica estacional que se cubre de vegetación durante los meses de junio, julio y agosto (Quispe y Tàcunan, 2011, p. 105).

La ocupación se inició con la instalación de un relleno sanitario que atrajo a un sector de la población dedicada a la recolección de desperdicios (papeles, plásticos, cartón, botellas, etc.) y a la crianza de ganado porcino.

A partir de 1980 se instalaron diversos poblados como Valle Sagrado, El Mirador y Las Orquídeas de Bello Horizonte. Posteriormente surgieron los asentamientos humanos de Juan Pablo II, Nueva Jerusalén, Cruz del Norte, Villa Rica, Los Rosales, El Álamo, El Bosque, San Benito, entre otros.

Este crecimiento urbano y poblacional se incrementó durante las décadas del ochenta y noventa como consecuencia de la violencia subversiva, que desplazó a un grueso sector de la población andina-mestiza de escasos recursos, especialmente de la sierra norte, centro y sur (Ancash, Junín, Huancavelica y Ayacucho). Este es el caso específico del AAHH San Benito y sus anexos, cuya situación alimentaria específica será tratada a lo largo de este estudio.

2.2 Bases teóricas

A lo largo de la historia, el papel de la alimentación ha ido cambiando: al principio el hombre buscaba alimentos tan solo para satisfacer las necesidades biológicas pero ha habido profundas transformaciones en el acto de la alimentación: aspectos como la religión, el estatus social, el placer y la interacción social han sido elementos clave en el desarrollo de la cultura alimentaria. Lo que se come, cómo se come, dónde se come y lo que se siente cuando uno come son elementos integrantes de la identidad cultural alimentaria (Vilaplana M. 2011).

Desde esta perspectiva holística del fenómeno alimentario varios investigadores han generado enfoques, teorías y paradigmas desde donde estudiar y comprender la alimentación cuando menos los procesos por los cuales se atraviesa dentro de las interacciones del comportamiento humano en la sociedad que da como resultado un estilo de vida y también una forma de cuidar la salud.

Cultura alimentaria.

Contreras J. y Gracia M. (2005) han estudiado con especial atención el proceso alimentario desde una perspectiva antropológica, logrando establecer una definición de cultura alimentaria: "(...) el conjunto de representaciones, de creencias, conocimientos y de prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado" (p.37).

La alimentación humana no responde solamente a necesidades, de índole, biológico y nutritivo, sino también a necesidades socio-culturales. Nos escriben Contreras y Gracia (2005):

Así pues, la comida no es y nunca ha sido, una mera actividad biológica. La comida es algo más que una mera colección de nutrientes elegido de acuerdo a una racionalidad estrictamente dietética o biológica. Tampoco las razones de las elecciones alimentarias son estrictamente económicas. "Comer" es un fenómeno social y cultural, mientras que la nutrición es un asunto fisiológico y de la salud. (p.33)

En ese sentido explorar estas representaciones y significados del comer y la salud exige tomar en cuenta algunas teorías complementarias y conceptos que dan fundamento al diseño etnográfico asumido en esta investigación.

Constructivismo.

Del constructivismo tomamos la idea de que la realidad no es una verdad única objetiva, externa al observador, regida por reglas naturales e inmutables, como lo señala el paradigma convencional positivista. Se trata más bien de una construcción social e histórica a la que se llega por consenso entre los diferentes observadores. Éstos tendrán una visión diferente de acuerdo a la posición que tengan con relación a la realidad que observan o dentro de la cual actúan. Según Guba y Lincoln (1989):

La realidad es múltiple y socialmente construida, sin ley ni causa. La verdad solo puede ser definida como construcción mejor informada (en cantidad y en calidad) y más sofisticada (según el poder disponible para comprender y utilizar la información) sobre la cual hay consenso. (p. 12-13)

Rubín de Celis E. et al (2003) aplicaron esta teoría para entender los cuidados impartidos al niño como una "coproducción" que pone al personal de los servicios en relación con los diferentes cuidadores del niño:

Cada uno de los actores tiene una percepción diferente sobre lo que es y como mantener la salud. Así, el supuesto básico fue que los padres o los

responsables tienen sus propias percepciones, conocimientos y prácticas respecto al cuidado y desarrollo de los niños, éstos prevalecerán frente a las del personal de salud. Se aplicó entonces un enfoque constructivista que permite a cada uno de los grupos expresar sus posiciones y llegar a un consenso respecto a este tema. (p.143)

La teoría de las representaciones sociales

La segunda teoría es la de las representaciones sociales. Como dice Moscovici (1981):

(...) los seres humanos son cualquier cosa menos receptores pasivos, piensan (...) y producen y comunican constantemente representaciones (...). [En todas partes] la gente está haciendo observaciones críticas, comentando, confeccionando 'filosofías' no oficiales, las cuales tienen una influencia decisiva en sus elecciones, forma de educar a sus hijos (...). (p.183)

Del mismo modo Jodelet destaca (1981):

El concepto de representaciones sociales designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales marcados socialmente (...). Las representaciones sociales son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del ambiente social, material e ideal. Como tales, presentan características específicas en el plano de la organización de los contenidos de las operaciones mentales y de la lógica. (p. 9-10)

También Jodelet señala (1981):

El sujeto y el objeto no son fundamentalmente distintos. Representarse algo es darse en conjunto, indiferenciadamente, el estímulo y la

respuesta (...). Esto implica que siempre hay una parte de construcción y reconstrucción en el acto de representación. (p. 182)

Esta teoría nos permite encontrar la racionalidad y lógica de las diferencias y la distancia entre el conocimiento que tienen los cuidadores y responsables de la crianza de los niños y los agentes de salud y otras instituciones que tienen el discurso oficial sobre “la buena alimentación del niño”.

Tal como sucede con Rubin de Celis, Pecho y Suremain (de) (2003), cuyo marco teórico basado en estas teorías permitió controlar el sesgo que interpreta las diferencias de saberes y prácticas como únicamente debidas a la falta de información, les permitió encontrar la coherencia entre lo que se piensa y se hace, es decir entre las percepciones, los conceptos y las practicas alimentarias y de salud con el fin de tratar de encontrar la racionalidad o lógica que está detrás de las percepciones y conceptos y observar la relación entre ellos:

Las representaciones y lo significados asociado al estado de salud/enfermedad son el complejo producto de conocimientos, saberes experiencias y la adecuación a los contextos. En este tema los cambios son posibles si se toman en cuenta este cuerpo de significados y representaciones. La información o la capacitación no es suficiente. (p.185)

"La Teoría de la Motivación Humana" de Maslow.

Consiste en ordenar por categorías y clasificar por niveles las diferentes necesidades humanas, según la importancia que tienen para la persona que las contiene. En la base de la pirámide están las necesidades de déficit (fisiológicas) que se encuentren en las partes más bajas, mientras que las

necesidades de desarrollo (autorrealización) se encuentran en las partes más altas de la jerarquía.

De este modo, en el orden dado por la potencia y por su prioridad, encontramos entre las necesidades de déficit a las necesidades fisiológicas, las necesidades de seguridad, las necesidades sociales, las necesidades de estima. Por otro lado, las necesidades de desarrollo comprenderían las necesidades de autorrealización y las necesidades de trascendencia. Maslow (1987) refiere:

Es entonces justo caracterizar al organismo entero diciendo simplemente que está hambriento, puesto que la conciencia está casi totalmente vaciada por el hambre. Todas las capacidades se ponen al servicio de la satisfacción del hambre. Los receptores y transmisores, la inteligencia, la memoria, los hábitos, todos pueden definirse ahora simplemente como instrumentos de satisfacción del hambre. Las capacidades que no son útiles para este propósito, quedan en descanso (lie dormant). La urgencia de escribir poesía, el deseo de adquirir un automóvil, el interés en la historia americana, el deseo de unos zapatos nuevos, quedan, en el extremo olvidados o se vuelven de segunda importancia. Para el ser humano que está extremada y peligrosamente hambriento no existen otros intereses sino la comida. Él o ella sueña con comida, recuerda comida, piensa en comida, percibe solo comida y quiere solo comida...Lo que nos permite hablar en este momento (pero solo en este momento) del impulso y conductas puras del hambre, con un solo y no calificado propósito de satisfacción. (p. 17)

Estas necesidades, según Maslow, forman una escala jerárquica de "predominio relativo". Así lo explica Palomo (2013):

(...) aunque en la mayoría de las personas, las necesidades siguen esta estructura, puede haber casos y de hecho los hay, en que algunas o

varias de las necesidades superiores se activan antes de que las inferiores estén satisfechas, e incluso, pueden llegar a dificultar la satisfacción de dichas necesidades. (p.95)

Esta teoría nos permitió entender de manera sencilla y comprensible, el proceso que determina la activación o no de ciertas necesidades que pueden no estar cubiertas del todo como es el caso de la alimentación del niño que muchas veces no ha sido del todo cubierta, pero que esto no resulta ser un impedimento para la satisfacción de otras necesidades como lo son la educación o la autorrealización entendida como tener estatus dentro de la comunidad, entendiendo que puede estar influenciada simultáneamente por varias necesidades.

Materialismo Cultural de Marvin Harris.

El materialismo cultural de Marvin Harris (1987) está basado en la premisa de que “la vida social humana es una respuesta a los problemas prácticos de la existencia terrenal”. Su meta principal es dar explicaciones científicas causales sobre las diferencias y similitudes en el pensamiento y comportamiento que hay entre los grupos humanos. Sostiene que esta tarea se alcanza mejor si se estudian las limitaciones y oportunidades materiales que parten de la necesidad de producir alimentos, cobijo, herramientas y máquinas y de reproducir las poblaciones humanas dentro de unos límites establecidos por la biología y el medio ambiente.

Harris describe los sistemas socioculturales en tres categorías:

- a) infraestructura dividida en modo de producción y reproducción y que comprende un conjunto de variables demográficas, económicas, tecnológicas y ambientales.
- b) Estructura, la organización doméstica y política; y

- c) Superestructura que comprende las ideas, símbolos y valores (en especial los valores simbólicos).

El materialismo cultural propone que la principal causa de selección sociocultural proviene de la infraestructura (por ejemplo del ecosistema en el cual se desarrolla una sociedad humana) aunque admite que los tres sectores se retroalimentan entre sí.

Esta teoría es la que se emplearía para explicar la intolerancia a la lactosa que tienen los chinos y se refleja en su libro *Bueno para Comer* publicado en 1989 donde explica el desprecio de la industria lechera por los países orientales ya que practicaban una forma intensiva de agricultura de regadío que depende menos del arado con animales que otros sistemas europeos.

En China, donde prevalecen condiciones menos rigurosas en cuanto a clima y suelo, la preparación de los campos puede conseguirse aplicando exclusivamente mano de obra humana o con menos arado de tracción animal. No había razón para que los chinos criasen grandes cantidades de vacas con el fin de producir bueyes y por lo tanto, estos no utilizaron la leche como producto lateral de la explotación del ganado de tracción. Al no ofrecer el consumo de leche ventajas reproductoras y económicas, la frecuencia de los genes responsable de la fabricación de la lactosa, esta se mantuvo entre los chinos a niveles reducidos. Es decir una cuestión de estructura y costo beneficio pudo definir un patrón alimentario cultural colectivo.

Harris (1989) establece que:

Los alimentos preferidos (buenos para comer) son aquellos que presentan una relación de costos y beneficios prácticos más favorables que los alimentos que se evitan (malos para comer). Aun para un omnívoro tiene sentido no comer todas las cosas que se pueden digerir. Algunos alimentos apenas valen el esfuerzo que requiere producirlos y prepararlos; otros tienen sustitutos más baratos y nutritivos; otros sólo se pueden consumir a costa de renunciar a productos más ventajosos. Los

costos y beneficios en materia de nutrición constituyen una parte fundamental de esta relación: los alimentos preferidos reúnen, en general, más energía, proteínas, vitaminas o minerales por unidad que los evitados. Pero hay otros costos y beneficios que pueden cobrar más importancia que el valor nutritivo de los alimentos, haciéndolos buenos o malos para comer. Algunos alimentos son sumamente nutritivos, pero la gente los desprecia porque su producción exige demasiado tiempo o esfuerzo o por sus efectos negativos sobre el suelo, la flora y fauna y otros aspectos del medio ambiente. (p. 14)

La teoría de Harris nos ayudó a comprender las adaptaciones alimentarias de las madres y cuidadoras de los niños a la hora de elegir alimentos y formas de prepararlos muy influenciado por el medio ambiente local, la situación económica, las influencias culturales de los lugares de procedencia y el aspecto nutricional proveniente de la información entregada por los medios publicitarios.

Estructuralismo y Culturalismo Simbólico

Esta teoría que se opone al materialismo cultural y propone un aporte interesante para la comprensión de este estudio en cuanto se mira la cocina como un conjunto de signos y símbolos codificados culturalmente es decir como un lenguaje capaz de ser interpretado socialmente. Aquí encontramos a su máximo exponente que es Levi-Strauss, quien proponía que en la medida en que los alimentos han de ser considerados comestibles, estos serán aceptados en sus significados sociales y después digeridos por nuestro organismo: “Primero los pensamos y, si son aptos para nuestro espíritu, los comemos” (Contreras y García, 2005 p120).

Contreras y García (2005) también señalan que en lugar de detenerse en las diferentes fases de la actividad alimentaria y en los procesos sociales relativos a la producción, distribución y consumo de los alimentos, el interés de Levi Strauss se dirige hacia las normas y las convenciones que gobiernan los modos

en que los productos alimentarios se clasifican, preparan y combinan entre sí, de esta manera las normas superficiales de la cocina son en sí mismas manifestaciones más profundas de estructuras subyacentes: “Estas normas son casi como una lengua: si nosotros podemos descifrarlas, seremos capaces de explicar mucho acerca de la organización y estructura del pensamiento humano y la sociedad” (p.121). En sus diversas publicaciones, la comida ocupa un lugar importante, identificando en las prácticas alimentarias una oposición binaria, como lo establece con lo “crudo lo cocido” y lo “comestible y no comestible”. Tal como lo citan Contreras y Gracia (2005), para Levi-Strauss la cocina de una sociedad constituye una “lengua” en el que cada cultura traduce inconscientemente su propia estructura, presente en cualquier sociedad humana y está configurada por un sistema de trazos culinarios que contrastan y se relacionan entre sí y para comprenderlas hay que analizar las categorizaciones culinarias (Levi-Strauss 1964, 1965, 1984).

En este sentido estas teorías nos ayudaron a comprender el rol de la cultura, la idea de los símbolos y signos presentes en el comportamiento alimentario cotidiano como expresión de la sociedad misma y como estos aspectos culturales y simbólicos juegan un rol significativo en la determinación de lo que se come o no.

2.3 Marco conceptual o glosario

Cultura alimentaria: comprende prácticas, conocimientos, valores y creencias alrededor del consumo alimentario, conceptos y significados de por qué, dónde y cuándo es que se come, los actores y roles sociales sobre la alimentación y salud del niño, la dimensión simbólica del alimento y los sistemas alimentarios.

Representaciones sociales: comprende las percepciones sobre salud/enfermedad de los niños y niñas, la lógica que existe dicho binomio, así

como los tópicos terapéuticos, es decir la alimentación en periodos de enfermedad, los modelos de salud oficial (incursión del Estado y los profesionales de la salud) y otras representaciones colectivas de los cuidados y crianza, por parte de los actores involucrados en la salud de los niños y las niñas.

Desnutrición crónica: Es aquella desnutrición que se caracteriza por presentar retardo de crecimiento en niños debido a un largo periodo de escasas de nutrientes. Se mide como talla para la edad.

Anemia nutricional: Es una enfermedad de la sangre que se caracteriza por la deficiencia de hierro y presenta síntomas que alteran el rendimiento intelectual y físico de quienes la padecen.

Constructivismo: Es una teoría del aprendizaje que se caracteriza por afirmar que cada persona reconstruye su propia experiencia interna y esta le permite construir sus propios procedimientos para resolver una situación problemática, lo que implica que sus ideas se modifiquen y siga aprendiendo.

Preparaciones: Son los platos elaborados a base de los alimentos escogidos a elección libre por quienes lo realizan, como el menú del almuerzo o la comida de la cena.

2.4 Hipótesis y variables

2.4.1 Hipótesis generales

Existen aspectos sociales, culturales, políticos y económicos alrededor de la salud y alimentación que tienen las familias, aliados, cuidadores o responsables de la crianza de los niños y las niñas menores de 12 años en el AAHH San Benito y sus anexos: Calizal, Agrupación Familiar Primavera, Cruz del Norte II, Los Cipreses y Villa Nazareth, en las Lomas de Carabayllo., que están

influyendo en la prevalencia y persistencia de problemas de salud y el estado nutricional de los mismos.

2.4.2 Identificación de variables

1. Cultura Alimentaria
2. Representaciones Sociales

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

En este estudio se ha empleado una metodología de tipo cualitativa observacional, prospectiva, transversal, basado en el método etnográfico (Rodríguez G., Gil J., García E., 1999).

Es importante señalar que algunos de los aspectos de la realidad que se han investigado están dentro del campo de lo subjetivo, a pesar que se tomen en cuenta los hechos como los datos procesados de otras investigaciones y las observaciones directas, es la posición de los sujetos que se devela a través de su discurso, lo que nos interesa.

3.2 Unidad de análisis

La investigación se realizó en madres y cuidadores, responsables de la crianza de los niños y las niñas menores de 12 años, así como aliados y otros actores que intervienen en su cuidado y alimentación, tales como personal de salud, agentes comunitarios, líderes locales, profesores de colegio, entre otros.

3.3 Población de estudio

La población de estudio comprendió:

1. Madres de familia y cuidadores que tengan niños menores de 12 años pertenecientes al AAHH de San Benito y localidades anexas: Calizal, Agrupación Familiar Primavera, Cruz del Norte II, Los Cipreses y Villa Nazareth, en las Lomas de Carabaylo, del distrito de Carabaylo, Región Lima.
2. Personal de salud que atiende en el Centro de Salud de San Benito.
3. Otros actores sociales como profesores de las instituciones educativas, líderes locales, promotores de salud y agentes comunitarios de ONG.

3.4 Tamaño de muestra

Se realizaron entrevistas y conversaciones con aproximadamente 173 personas que tienen la siguiente distribución:

1. Madres de familia y cuidadores de los niños: 145 aproximadamente.
2. Personal de salud que atiende en el Establecimiento de Salud: 3 personas.
3. Otros actores sociales como profesores de escuela, líderes locales, promotores de salud y agentes comunitarios de ONG: 25 personas.

3.5 Selección de muestra

Método de muestreo empleado: aleatorio no probabilístico, estratificado e intencional.

Los criterios de exclusión fueron: mujeres que no tuvieron a su cargo los cuidados de algún niño y niña menor de 12 años y aquellos no residentes en las zonas de estudios.

3.6 Técnicas de recolección de datos

3.6.1 *Lugar y condiciones de la recolección de datos*

El estudio fue realizado entre marzo del 2009 a julio del 2012 en el periodo en el que me encontraba trabajando dentro de dos proyectos, el primero sobre salud y alimentación de los niños (de marzo de 2009 a diciembre de 2011), donde participé como nutricionista e investigadora en la ONG Warmi Huasi; el proyecto se llamó “Alimentando y acompañando a nuestros niños en su crecimiento” en San Benito, cuyo objetivo fue contribuir a la disminución de la desnutrición crónica y mejora de las prácticas alimentarias en la comunidad. El segundo proyecto se llamó “Niños y Niñas de madres trabajadoras, sin riesgos” (de enero de 2012 a junio del mismo año) en San Benito. Allí mi participación fue como coordinadora del estudio que buscaba identificar las situaciones de riesgo a las que los niños y las niñas menores de 12 años cuya madre trabajaba fuera del hogar. En estos años, permanecí alrededor de 470 días de trabajo de campo en el AAHH de San Benito y localidades anexas: Calizal, Agrupación Familiar Primavera, Cruz del Norte II, Los Cipreses y Villa Nazareth, en las Lomas de Carabaylo, del distrito de Carabaylo, Región Lima. A partir de esta experiencia es que se ha podido recoger información suficiente, basada en el método etnográfico para la comprensión y análisis del problema de investigación.

3.6.2 Trabajo etnográfico

La técnica utilizada para abordar la investigación partió de la premisa del trabajo etnográfico, que según Hammersley M. y Atkinson P. (2001): “su principal característica sería que el etnógrafo participa abiertamente o de manera encubierta, en la vida diaria de las personas durante un periodo de tiempo observando que sucede, escuchando que se dice, haciendo preguntas, de hecho haciendo acopio de cualquier dato disponible que sirva para arrojar un poco de luz sobre el tema en que se centra a investigación” (p.15).

En este caso las observaciones abarcaron tanto jornadas no estructuradas en las que se compartieron las actividades cotidianas de las familias a lo largo del día como momentos estructurados en torno a la preparación y consumo de alimentos: después del desayuno, antes del almuerzo, después del almuerzo y antes de la cena. Todas las actividades fueron registradas en un formato de observación que facilitó la sistematización de los datos y el seguimiento a las familias, en un proceso de acercamiento gradual y permanente. Cabe resaltar que como parte del método etnográfico empleado, se consideraron una serie de entrevistas personales a mí misma, como informante, a partir del esquema de operacionalización de las variables de estudio. Estas grabaciones llevadas a cabo por el asesor de la tesis, el antropólogo Dr. Humberto Rodríguez Pastor, fue considerada como una fuente primaria que dio paso al esquema final de redacción.

Entrevista a profundidad: se trata de obtener información sobre determinado problema estableciendo una lista de temas, en relación, con los que se focalizada la entrevista, quedando ésta a la libre discreción del entrevistador, quien podrá sondear razones y motivos, pero sin sujetarse a la estructura formalizada de antemano. Suele ser más informal porque se realiza en situaciones más diversas: mientras se ayuda al entrevistado a realizar

determinada tarea o en el transcurso de cualquier aconteciendo que se está compartiendo con él (Rodríguez G., Gil J., García E., 1999).

Entrevista semiestructurada: también se le conoce como entrevista dirigida, controlada o guiada, sigue un procedimiento fijado de antemano por una guía de entrevistas, por una serie de preguntas que se prepara de antemano (Pardinas F. 1974).

Observación directa: donde se hará un registro de todo lo que se ve y tal como se observa prestando atención a ciertos detalles de la vida diaria. Se emplearan las notas de campo, durante poco más de una año (Kottak, C.P., 2011 p.55).

Conversaciones: Realizada en diversos niveles de formalidad, desde el chismorreo diario que ayuda a mantener el rapport³ y ofrece conocimiento acerca de lo que sucede, hasta las entrevistas prolongadas, que pueden ser abiertas o estructuras.

3.7 Análisis e interpretación de la información

Se adoptó el esquema general propuesto por Miles y Huberman (1994), según el cual en el análisis concurren tareas de la reducción de datos, presentación de datos o extracción y verificación de conclusiones. Se procedió a realizar la reducción de datos mediante la categorización y codificación de los mismos. Aquí se hizo una segmentación por unidades, el agrupamiento, donde se parte de un conjunto amplio y complejo de información para llegar a elementos más manejables que permitan establecer relaciones y sacar conclusiones.

En el siguiente paso se hizo la disposición y transformación de datos, de un modo ordenado, siguiendo una jerarquización que tuvo como base el diseño

³ Rapport o una buena relación de trabajo con sus anfitriones, con base en el contacto personal.

operacional de las variables y que fue retroalimentándose de las entrevistas personales realizadas por el asesor de la tesis, a partir de un método más inductivo, que permitieron triangular la información y al mismo tiempo explorar sobre las representaciones sociales y que fue presentado de alguna forma espacial o abarcable y operativa mediante representaciones gráficas, como diagramas, matrices y sistema de redes (Rodríguez G., Gil J., García E., 1999), que si bien es cierto no fueron incluidos en la publicación final, fueron parte del proceso.

Finalmente, para la obtención y verificación de conclusiones, se empleó una de las principales herramientas intelectuales: la comparación, con otros escenarios casos, situaciones, similares al estudiado. Otra estrategia que se empleó fue la consolidación teórica propuesta por Goetz J.P. y LeCompte M.D. (1988) que consiste en confrontar los resultados obtenidos con los marcos teóricos desarrollados originalmente, modificando estos para que se ajusten más con los datos.

Para el manejo de los datos numéricos se emplearon las medidas de tendencia central como el promedio y mediana; y en algunos casos medidas de dispersión como: desviaciones estándares, cuartiles y percentiles.

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 SAN BENITO Y LAS LOMAS DE CARABAYLLO

4.1.1 Ubicación geográfica y distribución de las zonas de estudio


El AAHH autogestionario San Benito, está ubicado dentro del distrito de Carabayllo en la zona llamada las Lomas de Carabayllo, al Norte de Lima, Metropolitana a la margen izquierda de la carretera panamericana Norte,

camino a Ancón. Para llegar a San Benito basta con llegar a la altura del Km 30 de la panamericana Norte por el Bypass del distrito de Puente Piedra, luego a unos 20 minutos en taxi colectivo o puedes llegar por el km 34 del Ovalo de Zapallal con la empresa de transporte la “J” o la empresa de transporte San Felipe Ruta “C”. San Benito está ubicado a dos horas aproximadas del Centro de Lima.

Una característica muy importante de San Benito y de todos los AAHH de las Lomas de Carabaylo es su ubicación a la margen izquierda del río Chillón. Esta franja del territorio del distrito de Carabaylo le ha traído a sus pobladores y a sus autoridades una serie de dificultades por ser poco accesible desde el otro lado del río, lugar donde está ubicada toda la administración y los poderes estatales que permiten la llegada de programas sociales y el acceso a servicios básicos de saneamiento e infraestructura urbana.

El AAHH San Benito colinda con otras zonas denominadas anexas como la de: Calizal (al lado derecho a la altura de la cuarta etapa del AAHH San Benito), Cipreses (ubicado a la altura de la tercera y cuarta etapa del AAHH San Benito), La Quebrada (altura de la primera y segunda etapa, Cruz del Norte II; a la altura de la sexta y séptima etapa), Agrupación Familiar Primavera (a la derecha, terminando la octava etapa) y Villa Nazareth (al Norte pasando la octava etapa, esta última denominada zona agropecuaria, cuya peculiaridad son los terrenos de gran extensión destinados a la crianza de animales como chanchos y patos, además de la siembra de forrajes y otros productos agrícolas). En esta investigación se recogieron datos del AAHH San Benito, sus ocho etapas y cinco anexos de los seis que posee: Calizal, Cipreses, Cruz del Norte II, Primavera y Villa Nazareth.

Asientamiento
Humano San Benito





Vista satelital del acceso a los Asentamientos Humanos en las Lomas de Carabaylo - San Benito, 2014

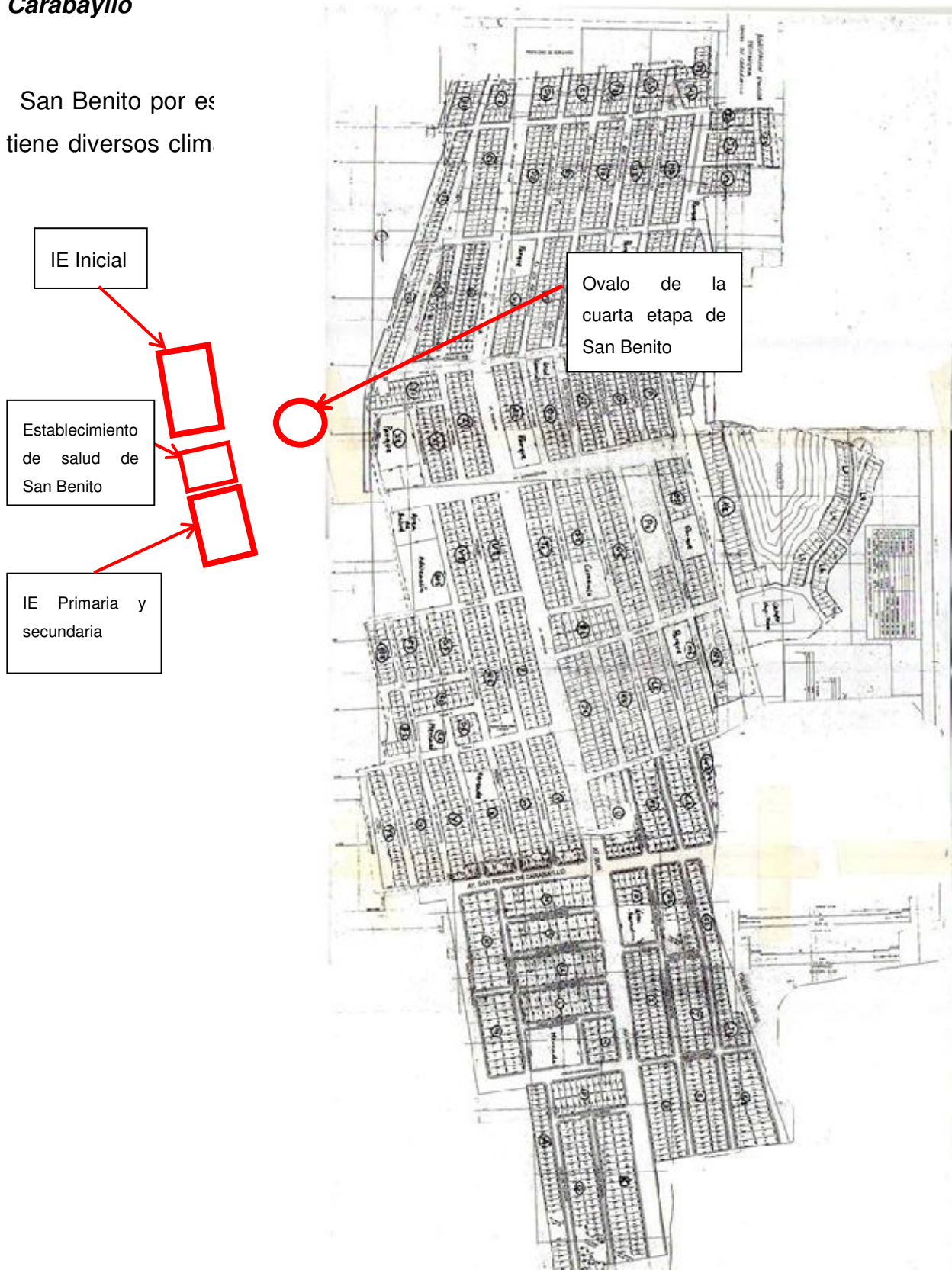


Vista satelital de San Benito

Mapa Oficial de San Benito (2009)

4.1.2 El clima y aspectos medioambientales de Las Lomas de Carabayllo

San Benito por es tiene diversos clim



neblina y la humedad es del 80% a 100% lo que produce precipitaciones de lluvias fina cubriendo los cerros de vegetación de diversos tipos, todo lo contrario sucede en los meses de verano (diciembre-abril) cuando la zona se presenta completamente seca y árida.

Esta es una característica propia de las Lomas de Carabaylo, también conocido como el "bosque seco"⁴, está formada por quebradas de suave pendiente, que en meses de invierno, cuando acontecen las grandes neblinas como consecuencia del sistema de corrientes marinas, capta la intensa humedad que va a permitir la aparición de variada flora que se extingue en los meses de sequía. Estas condiciones climatológicas permiten la formación del ecosistema natural llamado "vegetación de lomas", que algunos investigadores también lo conocen como "oasis de neblina" o "praderas de desierto" (MINCETUR, 2011).

Lomas de Carabaylo tiene dos estaciones bien definidas: una en la época de invierno que va desde junio hasta octubre donde comienza la afloración de diversas especies vegetales; y la otra de verano, en los que el manto verde de los cerros desaparece, quedando sólo en la gran quebrada, pequeñas áreas

⁴ Información extraída de la página web del Ministerio de Comercio Exterior y Turismo, que a su vez recopila información de las siguientes fuentes: "Carabaylo: génesis de lima norte, la reivindicación de un distrito". Edgar Quispe Pastrana y Santiago Tácunan Bonifacio. Seminario de historia rural andina - universidad nacional mayor de san marcos. Lima 1edición, 2011- "Estado de conservación de mamíferos pequeños en las lomas de lima". José Luis Mena, Martha Williams, Carla Gazzolo y Francesca Montero. Dpto. de biología - Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Agraria la Molina. Lima, 2007-"Dinámica y cambios en la composición florística y conservación de las Lomas de Carabaylo durante 2002-2003" (costa central del Perú lima). Augusto Mendoza Valdivia. Laboratorio de Ecofisiología vegetal de la facultad de ciencias naturales y matemática - Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, 2004-"Flora vascular en las Lomas de Ancón y Carabaylo Lima, Perú durante los años 1997 - 1998". Museo de Historia Natural, UNMSM. Facultad de Ciencias Naturales y matemática, UNFV.

arborizadas que es refugio de la fauna presente: roedores, arácnidos, serpientes y aves.

La humedad característica de esta parte de las Lomas forma charcos, crea también una flora especial, constituyendo la de mayor diversidad florística de Lima Metropolitana, identificándose 105 especies de plantas, algunas de las cuales no han sido registradas en lomas mayores como las de Lachay. Además en esta área natural ubicada en la zona más alta de San Benito denominada la “zona ecológica”, encontramos la flor símbolo de la ciudad de Lima: La Flor de Amancaes.

En las épocas áridas no brotan flores y por el contrario para tener sus jardines o biohuertos, algunas familias que tienen esa práctica, lo que hacen es trasladar tierra de otro lugar porque la tierra ahí es muy mala para eso. Ello quizás determina la ausencia de parques y zonas de verdes.

Las mayores altitudes de las Lomas de Carabayllo se sitúan entre los 800 y los 1100 msnm, presentando suelos arenosos en las partes bajas y arenoso-arcillosas en las partes intermedias y altas, con abundantes zonas pedregosas y afloramientos rocosos. Son las lomas con mayor altitud de Lima (Municipalidad distrital de Carabayllo). Se trata de un área natural amenazado por la acción minera, la extracción de materiales de construcción y la expansión urbana.

4.1.3 *Perspectiva histórica de San Benito y sus anexos*

4.1.3.1 *El distrito de Carabayllo*⁵

En los periodos antiguos, el territorio de Carabayllo comprendía todo el valle bajo del río Chillón; limitaba por el Norte con Chancay y Canta, por el Este con

⁵ Extraída de la página web de la Municipalidad distrital de Carabayllo.

Huarochiri, por el Sur con el río Rímac y por el Oeste con el Océano Pacífico. A comienzos de la República, el distrito se extendía desde la Portada de Guía (límite actual del Rímac, en la división blindada Cuartel Hoyos Rubio por el sur), abarcando los territorios actuales de los distritos de San Martín de Porres, Independencia, Los Olivos, Comas, Puente Piedra, Santa Rosa, Ancón, Ventanilla y Santa Rosa de Quives. Es por ello que actualmente se resalta la afirmación y el reconocimiento histórico del distrito de Carabaylo como la Génesis de Lima Norte, así lo precisan Quispe Pastrana y Tácunan Bonifacio (2011):

“Carabaylo es el primer y más antiguo distrito de Lima Norte. En estas tierras, desde tiempos del Antiguo Perú, se desarrollaron diversas sociedades que nos han dejado diversas evidencias arqueológicas. Posteriormente, durante el período colonial se establecieron los españoles quienes impusieron la propiedad privada y se formaron las haciendas. Asimismo, promovieron la fundación de la reducción de San Pedro de Carabaylo, que hoy es la capital del distrito.”

En el año de 1571, luego de la llegada de los españoles al Perú, se designó un visitador para el Valle de Carabaylo y Chancay. Después de varias gestiones de inspección y acuerdos, el visitador Juan Martínez Rengifo fundó La Reducción De San Pedro De Carabaylo, primer centro administrativo, político y religioso de Lima Norte, el 29 de junio de 1571, significando esta fecha trascendental para el distrito como la fundación histórica del distrito de Carabaylo. Actualmente esta zona está comprendida dentro de las Lomas de Carabaylo, donde se encuentra San Benito.

Poco después de la fundación de Carabaylo se construyó la Iglesia de San Pedro el cual se terminó de construir en 1632 y cuya regencia fue confiada a los Mercedarios. El Arzobispo de Lima Santo Toribio de Mogrovejo, en su segundo recorrido pastoral, visitó la parroquia de San Pedro en 1593 en donde ofició una misa. Actualmente esta Iglesia está ubicada en las Lomas de Carabaylo frente

a los AAHH de esta zona y podemos transitar frente a ella si vamos de camino a San Benito ya que queda de paso obligado.

4.1.3.2 San Benito y los primeros pobladores

Los primeros pobladores del AAHH San Benito llegaron como parte de la ola migratoria de los años 80 y 90 en el contexto del Conflicto Armado Interno de 1980-2000, en donde los desplazamientos procedentes de diferentes lugares del Perú, sobre todo de las zonas andinas llevaron a una expansión de la ciudad de Lima hacia las periferias que se llamaron “conos”. Con el tiempo se hicieron los llamados “traspasos” que consiste en entregar la adjudicación del terreno a otra persona, siendo esta la nueva propietaria, como si fuera un contrato de compra y venta, con la salvedad que no se explicita el monto de dinero pues al tener condición de Asentamiento Humano, éste no podría ser vendido.

Actualmente los pobladores que habitan el AAHH San Benito, no son, en su mayoría, los primeros pobladores que hicieron la invasión. Estas nuevas familias provenientes de diversos lugares de la costa, sierra y selva del Perú, conociendo muy poco de la historia de los primeros pobladores, varios han ido trasladándose poco a poco hasta habitar allí permanentemente. Muchos otros han seguido traspasando sus terrenos por las carencias de servicios básicos, pero no han hecho lo mismo con la historia fundacional de esta localidad.

4.1.4 Población estimada por edades y datos censales

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el distrito de Carabayllo tiene 278 963 habitantes⁶ y el AA HH San Benito está considerado como Centro Poblado dentro de este distrito. Esta localidad está dividida en ocho etapas con un número aproximado de 2400 familias y 12 000 habitantes⁷ ubicados en la zona desde hace 15 a 25 años. Pero según las referencias brindadas por la Dirección de Salud V Lima Ciudad del Ministerio de Salud⁸, la población estimada según distrito, red de salud y establecimiento sería de 7747 habitantes, es decir que según el establecimiento de Salud de San Benito la población atendida es casi 5000 personas menos que la estimada por el diagnóstico realizado por la Asociación Grupo Impulsor del Desarrollo de Lomas de Carabayllo (Agidelca).

Según estas bases censales la población masculina sería de 3829 representando al 49% del total de habitantes, siendo la población femenina, con 3918, la mayoritaria. La población adulta comprendida de los 18 a los 64 años de edad, sería de 4630 habitantes y los adultos mayores, comprendida por los mayores a 65 años de edad, sería de 361 habitantes.

Los niños menores de 1 año de vida están estimados en 149, los menores de 2 años en 300, los niños en etapa preescolar, es decir entre 3 y 5 años de edad 463 y los menores de 12 años hacen un total de 1 988. Lo que significa que la

⁶ Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo, Según Departamento, Provincia y Distrito, 2000 - 2015 - Boletín Especial N° 18.

⁷ Datos recogidos del diagnóstico del plan de desarrollo de Lomas de Carabayllo 2004-2015- AGIDELCA

⁸ MINSA- Oficina General De Estadística e Informática/ Censo Nacional XI De Población y VI de Vivienda 2007/- Boletín Demográfico N° 18, Boletín Demográfico N° 37 LIMA -2009.

población infantil de niños y niñas en etapa escolar primaria representa el 26% de la población total. Este grupo poblacional es el más vulnerable y representa el grupo en estudio. Ver cuadro N°1.

Cuadro N°1. Población Estimada por Grupos de Edades según estimación de la Dirección de Salud V Lima Ciudad 2012.

Grupos de Edad	Total de Población (N)	Total de Población (%)
Menores de 1 año	149	1.9%
Menores de 2 años	300	3.9%
Preescolares de 3 a 5 años	463	6.0%
Menores de 5 años	915	11.8%
Menores de 12 años	1988	25.7%
Adolescentes	920	11.9%
Adultos	4630	59.8%
Adultos Mayores	361	4.7%
Hombres	3829	49.4%
Mujeres	3918	50.6%
Población Total	7747	100.0%

FUENTE: CENSO NACIONAL XI DE POBLACION Y VI DE VIVIENDA 2007/- BOLETIN DEMOGRAFICO N° 18, BOLETIN DEMOGRAFICO N° 37 Lima -2009. INEI -DIRECCION TECNICA DE DEMOGRAFIA / MINSA- OFICINA GENERAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA

4.1.5 Organizaciones e instituciones presentes en la zona

4.1.5.1 El Estado y el sector público.

En San Benito existen diversas instituciones públicas y privadas que trabajan con el grupo prioritario o vulnerable que es la población infantil. A medida que ha pasado el tiempo la presencia de las instituciones estatales se ha hecho más evidente cada vez. Hasta hace unos seis años no se contaba con un Establecimiento de Salud, una oficina de la Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente⁹ (DEMUNA) o un Puesto de Auxilio Rápido de la Policía Nacional. Esto se ha constituido en un logro importante de la población organizada y de las mismas instituciones, que poco a poco están consolidando su presencia en la zona.

Hoy en día San Benito cuenta con ocho colegios, de los cuales solo uno es estatal, los otros siete vienen a ser instituciones particulares. Existen dos establecimientos del Programa no escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI), una oficina de la DEMUNA, un Puesto de Auxilio Rápido de la Policía Nacional del Perú, un Establecimiento de Salud y alrededor de tres establecimientos del ex Programa Nacional Wawa Wasi (PNWW), ahora Cuna Más. Sin embargo, la problemática de riesgo que viven muchos niños y niñas de madres trabajadoras es una situación que no ha sido abordada

⁹ La DEMUNA es un servicio del Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y al Adolescente que brinda atención gratuita mediante la conciliación en materia de: régimen de visitas, tenencia y aporte para alimentos. Tiene por objetivos restaurar los derechos de los niños, niñas y adolescentes y promueve el fortalecimiento familiar a través de Compromisos sobre Normas de Comportamiento, Reconocimiento Voluntario de Filiación Extramatrimonial, con un enfoque multidisciplinario.

directamente, salvo el ex programa nacional de Wawa Wasi, que cuenta con tres establecimientos en la zona, no existen intervenciones directas, pero sí esfuerzos individuales de diferentes servicios y proyectos.

Asimismo la Municipalidad de Carabaylo, a través de la Gerencia de la Mujer y Desarrollo Humano, viene implementando una serie de programas como la “Casa Amiga” que brinda atención a los casos de violencia familiar de Lomas de Carabaylo.

San Benito no cuenta con agua potable, por eso todos los días sube el camión cisterna llevando el agua hasta las etapas más lejanas incluyendo los anexos.

Las calles se caracterizan por ser zonas áridas y rocosas donde aún no hay pistas ni veredas, sino caminos de trocha, ligeramente aplanados por el reciente ingreso de los tubos de desagüe de Servicio de Agua Potable y Alcantarillado de Lima (Sedapal) que aún no están funcionando.

En el ámbito de la salud, tenemos el Establecimiento de Salud “San Benito” que brinda diversos servicios dirigidos a la infancia, como el programa de Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño (CRED), Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Aseguramiento Universal en Salud (AUS); sin embargo, aunque aún no culmine la implementación de servicios como laboratorio y psicología, se constituye en un aporte importante para una población que antes no tenía acceso a estos servicios, debido a encontrarse en zonas más alejadas. A pesar de ello, el horario de atención para muchos de los hijos e hijas de madres trabajadoras no es accesible, sobre todo porque como hemos visto previamente en este informe, la mayor parte de madres descansan los días sábado o domingo, días en que el puesto de salud no atiende¹⁰.

¹⁰ El Puesto de Salud atiende los sábados hasta las 2 p.m. por lo que las madres que descansan sábado por la tarde no podrían acceder a ser atendidas allí.

San Benito cuenta también con una oficina de la DEMUNA, que brinda atención gratuita y confidencial a casos de pensión por alimentos, régimen de visitas, maltrato, violencia familiar, reconocimiento voluntario de filiación y, en general, situaciones que afecten los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Es importante señalar que los mismos niños, niñas u otra persona de la comunidad pueden acercarse a solicitar atención u orientación.

Junto a la oficina de la DEMUNA se encuentra ubicado el Puesto de Auxilio Rápido de la Policía Nacional del Perú, quienes reciben denuncias y hacen investigaciones, entre ellos los de violencia familiar.

4.1.5.2 *Las Instituciones educativas.*

En San Benito existen ocho colegios, de los cuales solo uno es estatal, y dos PRONOEI. La mayoría de los niños acude a la Institución Educativa estatal San Benito' N° 8184, así como al Institución Educativa Inicial del mismo nombre.

La inasistencia a la escuela de niños en edad escolar, representa una situación muy cotidiana; las razones por las que los niños han faltado a clases están íntimamente ligadas a problemas de salud tanto del niño como de los familiares.

Si bien es cierto, las familias envían a sus hijos a las escuelas, no necesariamente asisten siempre. En San Benito solo se encontró una familia que tenía un niño en edad escolar que no lo enviaba a la escuela.

La mayoría de veces era la mamá la que propiciaba la inasistencia de sus hijos al colegio, sobre todo cuando hacen visitas a otros miembros de la familia que viven fuera de San Benito, que por su ubicación geográfica antes descrita, resulta estar muy alejado de los otros distritos y una visita familiar les toma más de un día, es decir que cuando la mamá lleva a su hijo al cumpleaños de alguno de sus familiares o cercanos, se queda por lo menos todo el fin de semana,

regresando a veces después de iniciada las clases por eso es muy común que los niños falten los lunes al colegio.

También vemos niños que migran de un colegio a otro, pasando de un colegio particular al estatal o al revés que es lo más común en la primaria, pasando del estatal al particular.

A diferencia de lo que sucede en otras localidades, la mayoría de las madres que tienen niños en edad preescolar, desean que sus hijos estudien en el colegio estatal porque éste tiene varias ventajas que no tiene el particular, si bien es cierto en la secundaria hay un predilección que los niños vayan a un particular por el tema de pandillaje, las situaciones de riesgos, para las niñas también adolescentes, no ocurre lo mismo en el inicial. En el colegio inicial es el lugar más difícil de una vacante para los niños, porque todos quisieran estar en el nacional. Incluso las que tienen mejores condiciones económicas pues en el nacional hay muchas ventajas, pero este hecho solo sucede en el colegio inicial, no en la primaria porque el inicial ha mejorado mucho, en los últimos años, el inicial ha recibido ayuda de fundación Telefónica, de ONG como Plan Internacional y entonces éstas instituciones han ayudado a mejorar la infraestructura, a mejorar baños, tienen un área de juego, los salones están equipados con materiales didácticos, incluso había un comedor, el PRONAA tenía un comedor dentro y les abastecía productos para que hicieran un almuerzo para darle a los niños.

Se ha identificado también retraso escolar, principalmente, asociados al constante cambio de institución educativa como consecuencia del cambio de vivienda y a la ausencia de los padres en el acompañamiento del proceso educativo de sus niños y niñas, debido a la carga laboral o atención de familiares enfermos.

4.1.5.3 La sociedad civil.

Existen en San Benito una serie de instituciones que representan a la población y que evidencia la dinámica organizacional y el tejido social de esta comunidad. La comunidad está organizada y representada por una junta directiva central que se elige cada dos años.

Entre ellas tenemos las iglesias de diversas denominaciones, varias organizaciones sociales de base como los vasos de leche y comedores. Asimismo, existen en San Benito intervenciones de ONG quienes trabajan principalmente en temas de infancia y mujeres.

Un aspecto importante a señalar es la presencia de ONG en la zona en mención, muchas de las cuales tienen como grupo objetivo a los niños, niñas, adolescentes y mujeres, tales como Solidaridad para el Desarrollo, Centro de Estudios Sociales y Publicaciones (CESIP), PLAN Internacional, Asociación Solidaridad Países Emergentes (ASPEm), Centro de Investigación, Documentación y Asesoría Poblacional (CIDAP), Familia y Desarrollo, Germinal, Proceso Social, Warmi Huasi, entre otras. Muchas de ellas han iniciado, desde hace algunos años, un trabajo articulado desde instancias como el Comité Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente¹¹ (COMUDENA) promovido por la DEMUNA de la Municipalidad de Carabayllo o desde la Comisión del niño, niña, adolescente, mujer y familia de la Asociación

¹¹ El COMUDENA es un órgano consultivo y de apoyo a la gestión Municipal y mecanismo permanente de participación vecinal y coordinación interinstitucional en temas referidos a la infancia y adolescencia. Tiene como funciones específicas orientar, apoyar y coordinar acciones que propicien: el análisis de la problemática de la infancia y adolescencia en la localidad, la elaboración e implementación de propuestas interinstitucionales para la atención de la infancia y adolescencia a nivel local y la comunicación y nexo entre las instituciones públicas, privadas y organizaciones de la comunidad y el Gobierno Local.

Grupo Impulsor del Desarrollo de Lomas de Carabaylo (AGIDELCA)¹² y otras experiencias de promoción de derechos y trabajo articulado a los que se suma el Centro de Emergencia Mujer¹³ (CEM) y la Unidad de Gestión Educativa Local¹⁴ (UGEL 04).

4.1.6 Lugares de origen y festividades en San Benito

Los pobladores en San Benito provienen de diversas zonas del Perú, aunque se encontraron familias predominantemente andinas no podemos obviar

¹² Es una organización representativa de los Asentamientos Humanos y Organizaciones Sociales de Base de Lomas de Carabaylo, que tienen como objetivo principal articular espacios de concertación de actores sociales y la búsqueda de alianzas estratégicas con las instituciones del Estado, la sociedad civil y la comunidad organizada a fin de dar solución a la problemática que afecta a los asentamientos humanos de las Lomas de Carabaylo.

¹³ Los CEM son servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia familiar y sexual, en los cuales se brinda orientación legal, defensa judicial y consejería psicológica. Se procura la recuperación del daño sufrido y se presta asistencia social. Asimismo, se realizan actividades de prevención a través de capacitaciones, campañas comunicacionales, formación de agentes comunitarios y movilización de organizaciones.

¹⁴ La Unidad de Gestión Educativa Local N° 04 tiene como finalidad fortalecer las capacidades de gestión pedagógica y administrativa de las instituciones educativas para lograr su autonomía, impulsar la cohesión social; articular acciones entre las instituciones públicas y las privadas alrededor del Proyecto Educativo Local; contribuir a generar un ambiente favorable para la formación integral de las personas, el desarrollo de capacidades locales propiciando la organización de comunidades educadoras, canalizar el aporte de los gobiernos municipales y otras entidades especializadas y asumir y adecuar a su realidad las políticas educativas y pedagógicas establecidas por el Ministerio de Educación y por la entidad correspondiente del Gobierno Regional.

algunas otras de origen costeño sobre todo de la zona rural norte y algunas otras de origen amazónico. Las familias estudiadas provenían sobre todo de las zonas andinas de los departamentos de Ayacucho, Huancavelica, Cajamarca, Ancash, Cusco y de la costa norte. En menor grado se evaluaron familias provenientes de la selva de los departamentos de Huánuco, Ucayali y Loreto.

San Benito se celebra cada año la “yunzada”, festividad en la que las familias se organizan para plantar un árbol (la yunza); lleno de objetos colgados que deberán cortar en medio de danzas alrededor del árbol con el fin de llevarse los objetos que de él cuelgan.

Esta actividad se realiza en el verano durante los meses de febrero o marzo, tal como se hace en muchos otros lugares de la zona andina del país.

Las yunzas, parecen ser un espacio de encuentro de todos los vecinos que vienen de las diferentes regiones ya mencionadas y que asumen la yunza o los carnavales como algo que une a todos, este es un momento de interrelación, incluso a nivel alimentario, pues se organizan para cocinar lo que será compartido por todos, que viene a ser algún plato típico regional como la pachamanca, el cuy, los caldos de mote y carnero que se llaman patasca, entre otros, cuyas recetas y formas de preparación varían de acuerdo a las regiones de donde provengan las cocineras quienes terminan compartiendo y poniéndose de acuerdo para elaborar lo que se comerá. También en otras ocasiones se opta por hacer pollada, parrillada o chuletada por ser más económico y menos elaborado. Desde el punto de vista alimentario la importancia de organizar lo que se come en estas fechas es el traslado y recopilación de formas y técnicas de preparación de los platos de las diversas regiones y como estas se encuentran con otras y se apropian año a año constituyendo una costumbre local.

4.1.7 Multiparidad y periodo intergenésico de las madres en San Benito y su relación con la salud de los niños

La multiparidad es la condición de las madres de haber dado a luz más de una vez, siendo considerado de gran multiparidad aquellas que tienen más de cuatro partos en su vida. El período intergenésico se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo. La OMS ha establecido que el intervalo mínimo de espaciamiento debe ser de dos años (USAID 2005).

En San Benito la mayoría de madres son multíparas y no han tenido hijos inmediatamente consecutivos, es decir que tendrían un periodo intergenésico recomendado¹⁵. Hay un espacio de dos o tres años como máximo, entre un embarazo y otro, aunque tampoco hay muchas mamás de más de cinco o seis hijos, estas vendrían a ser casos poco frecuentes dentro de la población.

Hace varios años atrás el promedio de familia era de cinco miembros, entre el papá, mamá y tres hijos, este sería el número de integrantes promedio en cada casa, con el tiempo esto ha variado ligeramente, se diría que si habláramos en promedio serían dos el número de hijos por familia en San Benito. Sin embargo las familias se componen de más miembros que no son los hijos necesariamente, como los sobrinos, las tías y tíos y los abuelos.

La multiparidad y el periodo intergenésico se relaciona mucho con la salud y alimentación de los niños en los hogares de San Benito en la medida en que las familias que tienen hijos muy consecutivos es decir de un periodo intergenésico

¹⁵ En el Perú se ha determinado que el perfil epidemiológico de las madres con altas tasas de mortalidad se caracteriza por ser de baja escolaridad, dedicarse principalmente a labores agrícolas que requieren mayor y prolongado esfuerzo físico, asociado a gran multiparidad, falta de control prenatal y periodo intergenésico corto, además de las condiciones de desigualdad en el desarrollo y pobreza (Cervantes, 1988)

corto o menor de dos años entre hijo e hijo, son las que presentan mayores complicaciones alimentarias y de salud. Esto se debe a que la atención es repartida entre los hijos de manera jerárquica en donde el menor de los hermanos resulta ser el priorizado, lo cual afecta al resto, que también requieren atención y quizás un cuidado particular en la alimentación. La organización de la familia y la alimentación para el cuidado de los hijos resulta poco efectiva para la madre quien la mayoría de veces ha sentido que sus esfuerzos son insuficientes para lograr un adecuado estado de salud y de alimentación para sus hijos debido en primer término a las actitudes de los niños más pequeños, referidos como inquietos y por el número de hijos que no pueden mantener por factores económicos. Ciertamente la mayoría de los niños con problemas nutricionales reconocidos en San Benito tenían en común un periodo intergenésico corto y en segundo lugar una familia extensa de varios hermanos.

4.2 CULTURA ALIMENTARIA

Según Jesús Contreras y Mabel Gracia, quienes instituyeron el concepto de Cultura Alimentaria, ésta viene a ser el conjunto de representaciones, de creencias, conocimientos y de prácticas heredadas y/o aprendidas que están asociadas a la alimentación y que son compartidas por los individuos de una cultura dada o de un grupo social determinado dentro de la cultura (Contreras y Gracia, 2005). Los aspectos desarrollados en este concepto (representaciones, de creencias, conocimientos y de prácticas heredadas y/o aprendidas) son fundamentales para entender, interpretar, reconocer valores, creencias, la estructura del sistema alimentario y la dimensión simbólica que se desprende del conocimiento de las prácticas de la alimentación infantil.

Los actores que intervienen en la alimentación y en la salud de los niños hacen posible que los miembros de la comunidad compartan una misma cultura

alimentaria, a partir de esto es que se establecen algunos ejes temáticos que nos permiten desarrollar la cultura alimentaria en San Benito.

4.2.1 Las prácticas de alimentación infantil en San Benito

Podemos definir a las prácticas alimentarias como todas aquellas acciones y manifestaciones vinculadas a la providencia y consumo de alimentos. En ese sentido, las prácticas alimentarias de los niños en San Benito están directamente asociadas a la dinámica familiar y la relación con el entorno inmediato del niño. Para el estudio optamos por clasificar estas prácticas tomando en cuenta las etapas de vida de los niños, usando los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil (MINSA, 2004) y nutrición por etapa de vida¹⁶ (MINSA, 2006) del Ministerio de Salud.

Es importante decir que esta clasificación no resulto ser únicamente arbitraria o caprichosa ya que la alimentación de las niñas y los niños tiene características y necesidades diferentes en determinados momentos de su vida y las madres y cuidadoras las reconocen también de esta manera. De esta manera se empleó la siguiente clasificación:

1. Alimentación del niño recién nacido entre los 0 a 6 meses, es decir niño y niña lactante.
2. Alimentación del niño después de los 6 meses es decir niño y niña ablactante.
3. Alimentación del niño de 3 a 5 años o en etapa pre escolar; es decir cuando está en el jardín de niños o colegio inicial.

¹⁶ <http://www.MINSA.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutrición/etapas.asp>

4. Alimentación del niño de 6 a 12 años¹⁷ o en etapa escolar primaria.

Este ordenamiento reconocido por las madres y cuidadoras nos indica también que existe una forma de jerarquizar los cuidados alimentarios del niño que responden a las indicaciones impartidas por los prestadores de la salud cuya intervención es reconocida por las madres o cuidadoras incluso a pesar de ser simples vehículos de información. No hay madre o cuidadores que no haya recibido alguna consejería nutricional de parte de un prestador de salud que no le haya trasladado una manera de ver y ordenar la alimentación del niño según etapas de vida.

En los hallazgos desprendidos de esta investigación en San Benito, se ha observado que en las primeras etapas de vida, que inician desde la lactancia materna hasta la etapa preescolar, es donde se da la mayor atención a la alimentación, es decir que mientras más pequeños sean, mayores son los cuidados. Veremos más adelante que en la etapa escolar no hay mucha variación en cuanto a la alimentación porque empiezan a comer alimentos de la olla familiar, que son comunes al resto de los otros integrantes, cambiando solo las cantidades y las proporciones.

4.2.1.1 Alimentación del niño recién nacido antes de los 6 meses, es decir niño, niña lactante.

En esta etapa las mamás o responsables de la alimentación del niño, son las que determinan las prácticas alimentarias de los niños. Las mujeres en San Benito suelen dar de lactar a sus niños desde que nacen. El acto de dar de lactar a un niño se conoce en San Benito como “dar pecho” o “dar teta” y

¹⁷ La referencia del MINSA hace mención a los niños de 6 a 9 años o etapa escolar y luego viene la etapa adolescente, pero en este caso para fines de la investigación se conceptualizaron las prácticas alimentarias de niños hasta los 12 años.

aunque es una práctica colectiva, existen variantes en el tiempo que dura la lactancia y el espaciamiento de la misma, siendo un acto realizado con libertad y a condición de las necesidades del niño según la percepción de la madre. En el Establecimiento de Salud de San Benito, el MINSA promueve la lactancia materna exclusiva¹⁸ durante los primeros 6 meses de vida, en las consejerías a las madres que asisten a sus controles. Esto responde a la importancia nutricional de la lactancia materna exclusiva ampliamente investigada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁹.

4.2.1.1.1 La exclusividad y no exclusividad de la lactancia materna en San Benito.

Para describir la práctica de la lactancia materna en San Benito, diremos que se expresa de dos maneras: lactancia materna exclusiva y no exclusiva. La Lactancia materna exclusiva son aquellas mamás que solo le dan leche materna a sus hijos hasta los seis meses; la no exclusiva es aquella en la que alternan el pecho con otro alimento, por lo regular ese otro alimento es leche, pero suele pasar en algunos casos que no necesariamente lo es, pueden ser los llamados “calditos”, “agüitas”, “sopitas”, etc.

¹⁸ El MINSA recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Existen estudios y ensayos clínicos realizados en países tanto desarrollados como en desarrollo cuyos resultados respaldan las recomendaciones actuales de la OMS (Kramer y Kakuma, 2009). Dichos resultados indican que la lactancia materna exclusiva, sin otros alimentos ni líquidos, durante los primeros 6 meses de vida tiene varias ventajas en comparación con la lactancia materna exclusiva durante solo 3 a 4 meses, seguida de la combinación de la lactancia materna con otros alimentos.

¹⁹ OMS, declaración del 15 de enero de 2011. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños.

http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/

A partir del primer mes de vida algunas madres ya le están incluyendo agüitas o calditos, siendo el “jugo de la granadilla” y “el agüita de anís” los más empleados. Las agüitas, mayormente son infusiones de anís o de alguna otra yerba con cualidades curativas, porque es muy común, en esta etapa de vida, que los niños en San Benito presenten problemas de gases y entonces, las mamás para “ayudarles” a eliminar esos molestos gases, les dan estas infusiones de yerbas. La razón de los gases ha sido ampliamente evaluada por los especialistas en medicina y se le han atribuido dos principales causas, la primera podría deberse a un problema en la técnica empleada a la hora de succionar el pezón de la mamá y la segunda porque ya empiezan a darles leches o formulas maternizadas comerciales que estarían alterando la digestión del niño. Esta última es una práctica muy común en San Benito y aquí aparece lo anteriormente explicado como Lactancia Materna No Exclusiva.

Algunas de estas agüitas se suelen dar porque se le atribuyen poderes especiales como es el caso del “agüita de la granadilla” que es el líquido contenido en el interior de la fruta, una fruta que contiene vitamina C que viene a ser un antioxidante muy importante y además contiene fibra. Estos nutrientes no son aprovechados por el organismo del bebe si solo se le da el líquido del interior, sin embargo la cualidad atribuida a esta agüita es la de “formadora del estómago” como si antes de recibir cualquier alimento el niño fuese incapaz de digerirlo sino se le ha preparado el aparato digestivo con el “agüita” de esta fruta.

Las mamás aseguran que los niños no se satisfacen con la leche materna, entonces empiezan dándoles leche maternizada o lo que es llamado por los especialistas en salud como “formulas”, que vienen a ser las leches como NAN, S26, Enfamil o Enfagrow, esas son las marcas más empleadas en San Benito. El costo de estos productos son bastante altos pues normalmente un niño que ya tiene más de los tres meses de edad puede acabarse una lata semanalmente y las latas están más de setenta soles, la más barata, siendo aproximadamente 280 soles al mes el costo de la alimentación del niño

lactante. Los profesionales de la salud suelen recomendar a las mamás, que es mejor la lactancia materna porque también es económica.

4.2.1.1.2 Principales dificultades para las madres o cuidadoras.

La principal dificultad es referida a la cantidad de leche que la madre tiene en el pecho, esta no resulta ser suficiente para el niño y desde la observación de muchos casos y como nutricionista, se puede afirmar que es probable que la principal razón aquí serían los problemas en la técnica utilizada a la hora de darle la lactancia materna al niño. Efectivamente, existe una técnica que permite que haya una buena succión, si hay una buena succión con el estímulo del pezón de la mamá, el niño va conseguir que la mamá fabrique más leche, pero eso no está sucediendo, entonces la mamá les da leche maternizada u otras leches, inclusive leche evaporada, llamada “leche de tarro” siendo la más empleada la leche de “la abejita”, de la marca Gloria a las que las mamás le dicen “la leche amarilla”, porque es la leche, dentro de las leches comerciales, la que está recomendada para niños, pero no para niños lactantes, sino para niños que ya comen, solo que al no tener dinero para una fórmula maternizada le dan esta, que es más cara que la leche de tarro convencional, pero igual es mucho más barata que la fórmula maternizada.

Otra dificultad reconocida por las madres o cuidadoras, son los horarios, la lactancia materna se debe hacer a libertad y cada vez que el niño lo pide, por lo tanto atender esas necesidades hace que ellas deban reprogramar sus horarios de trabajo y atención de sus otras actividades domésticas.

La época de lactancia materna también es una etapa en que las madres aprovechan para darle los primeros alimentos y en la que los niños sienten los primeros sabores.

Muchas empiezan por darles alimentos recomendados por abuelas, comadres, amigos y otros familiares, pero algunas lo hacen respetando los mensajes que la posta les envía.

Alrededor de esta etapa aparecen también una serie de hábitos y costumbres que condicionan los comportamientos alimentarios de la madre y el niño; por ejemplo: algunas madres le dan el pecho al niño para callarlos cada vez que hacen una pataleta por algo que no quieren comer o hacer, también suelen dárselo antes de comer con lo cual se llenan y luego ya no quieren comer los otros alimentos. La madre les “enchufan” el pecho al niño, muchas de ellas, desconociendo que esta no representa beneficio nutricional alguno y con la esperanza de que este acto solucionen de manera rápida la inquietud del niño.

Explorando las razones de estas diversas dificultades alrededor del amamantamiento, podemos observar que las madres finalmente elijen según su propia conveniencia, el tipo de lactancia que darán a sus hijos. La dificultad de lograr una producción de leche suficiente, tiene que ver con el tiempo que implica dedicarle a este proceso, la buena succión del pezón, al apoyo de alguien más que acompañe y anime a la mama a tener paciencia y confianza para superar las dificultades propias del amamantamiento ya que esta representa para muchas una situación de frustración al no sentirse capaces de darle el alimento suficiente a sus hijos. Esto hace que por razones de tiempo, de alivio para ellas, recurran a otros alimentos como formulas maternizadas, aquellas familias que tienen mayores recursos económicos o a leches de tarro o comerciales, las que tienen menos economía y las agüitas o calditos, las que casi no tienen dinero. En cualquiera de los casos, existe un ahorro de tiempo y esfuerzos para ellas y una inversión de recursos económicos para la familia.

4.2.1.2 Alimentación del niño después de los 6 meses, es decir niño y niña ablactante.

Es importante señalar antes de todo, que esta etapa comprendida después de los 6 meses de edad, según los Lineamientos de Salud Materno Infantil y la información que las madres han adquirido de los prestadores de salud, no inicia después de los 6 meses en San Benito, sino antes. Pero se ha insistido en usar el esquema del MINSA para organizar, bajo la óptica de lo afirmado por las propias madres, que ellas reconocen que esta es una etapa distinta en la que se introducen alimentos diferentes a la leche materna y en que se evidencian cambios en la salud del niño.

Las practicas alimentarias en esta etapa resultan ser aquellas heredadas de la familia, esta forma de alimentación, podríamos denominarla como “forma tradicional”, es decir que siempre hay alguien más en la familia que aconseja a la madre o cuidadora del niño, qué deben darle de comer a los niños, puede ser la abuela, la suegra o alguien mayor que sepa o que tenga más experiencia.

La intervención de las mujeres mayores, sean estas abuelas, suegras, comadres y vecinas es importante en la crianza de los niños, juegan un rol más importante que las consejerías del establecimiento de Salud. Incluso si las madres trabajan resulta trascendente el apoyo de otras personas para dar los primeros alimentos a sus hijos. Otras prácticas provienen de la televisión y otros medios de publicidad de alimentos y otras porque se las dieron en el establecimiento de salud o algún otro lugar en donde brindan servicios de salud.

4.2.1.2.1 Los primeros alimentos.

Esta práctica alimentaria que corresponde a una etapa de la vida de mayor requerimiento de nutrientes, está ampliamente comprobada de que es a partir

de los 6 meses y no antes²⁰ y es definida como la Ablactancia²¹. En San Benito casi siempre se inicia antes de los seis meses, con mayor frecuencia entre los cuatro y cinco meses de vida, aunque existen casos particulares en que esto ocurre en el primer mes o el segundo mes, incluso como los referidos anteriormente, cuando les dan líquidos o agüitas.

Los primeros alimentos ingeridos a partir de que los niños empiezan su alimentación complementaria es cada vez más sólida, lo cual difiere de lo que supuestamente se pensaba encontrar, según los registros y testimonios de los profesionales de la salud, quienes afirmaban que sus primeros alimentos son líquidos.

Lo cierto es que al parecer, en los casos en que la Ablactancia empieza a partir de los cuatro, cinco y seis meses de vida, el alimento preponderante es sólido, como las papillas hechas a base de papas, zapallo, zanahoria, camote yuca y plátano que son los alimentos que más ingieren en los primeros meses de vida.

La mayoría de las mamás empezó la alimentación complementaria antes de los 6 meses, describiendo que el niño “se antoja”, “tiene hambre”, “tiene sed”, “quiere probar”.

²⁰ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha establecido que a partir de los 6 meses de vida, la niña o niño además de continuar con lactancia materna necesita iniciar la etapa de la ablactancia o alimentación complementaria (OPS, 2010).

²¹ La “Alimentación complementaria” o “ablactancia” es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango etáreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años (OPS/OMS, 2002).

Sus primeros alimentos fueron por lo general de baja densidad energética, es decir más líquidos y de consistencia aguada, incluso las mazamorras, papillas y purés las hacen de con mayor cantidad de líquido que la que corresponde.

El empleo de la leche evaporada resulto ser trascendental, las madres prefieren la leche antes de otros alimentos, haciendo lo posible para que esta no falte. En algunos casos, ellas creen que es un alimento básico para el crecimiento sin el cual el niño no podría desarrollarse o crecer atribuyendo propiedades que ningún otro posee.

La ablactancia varía según de donde sean los orígenes de los padres, pero existe una notoria influencia del entorno inmediato y las recomendaciones nutricionales del sistema de salud²², es decir que tienen más bien que ver con la recomendación que le da el personal de salud. Normalmente el personal de salud siempre les sugiere papa, camote, plátano, como los primeros alimentos que debe de consumir un niño, de esta manera se aseguran preparaciones más sólidas.

El plátano resulto ser el alimento más empleado en esta etapa, que es consumido por los niños por su fácil acceso pues las madres lo encuentran en cualquiera de las tiendas en San Benito y a toda hora.

Del mismo modo en San Benito, el consumo de hígado de pollo es más empleado como proteína animal, agregada a las preparaciones como las sopas y papillas. Al explorar las razones de su elección ellas afirman que responde a

²² Las primeras preparaciones recomendadas se denominan de “alto valor calórico” y son aquellas que brindan más nutrientes en menos volumen, es decir, comidas espesas como papillas, purés, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona. Estos alimentos deben aportar energía, un poco de proteínas y vitaminas, proveniente principalmente de los cereales (arroz, trigo, maíz, quinua), raíces y tubérculos (yuca, camote y papas) y frutas con almidón como el plátano. (OPS, 2010). El almidón es un carbohidrato de fácil digestión, muy empleado para el inicio de la ablactancia, es por ello que entre las recomendaciones del personal de salud a las madres ellas reconocen al camote porque tiene betacarotenos, en el caso del plátano igual, que tienen mucho potasio, en el caso de la papa porque es de fácil digestión.

la recomendación de algunos especialistas en salud²³, sea del centro de salud en San Benito o en algún otro servicio de salud, a los cuales la madre acudió a pedir información o consejo. Esta recomendación ha sido reafirmada siempre por otro miembro de la familia o persona de influencia en la alimentación como se mencionó al inicio de este acápite. De igual modo los niños pequeños aceptan con facilidad este alimento por tener una consistencia suave y adaptable a cualquier preparación en donde este sea agregado.

4.2.1.2.2 Las menestras en las papillas.

El consumo de menestras, a pesar del posible malestar causado como gases o cólicos, es periódico, incluyéndose por lo menos una vez por semana en la preparación de los niños, aunque con cierto temor, por el efecto molesto que pueden producir los gases, sobre todo en los niños que inician su ablactancia. Es por ello que se les brinda acompañado de agüita de yerbas, estableciéndose de esta manera la relación entre las yerbas y las menestras. Se emplea mucho para hacer las papillas o agregándole caldo o sopa como es el caso de los frejoles y garbanzos.

En la consejería nutricional del Centro de Salud les explican a las madres la técnica para evitar que los antinutrientes presentes en las menestras produzcan malestares e inhiban la absorción de micronutrientes. Existe una variedad de antinutrientes y alcaloides presentes en muchos de los alimentos que se consumen como es el caso de los cereales y leguminosas, entre los más

²³La recomendación del MINSA dice que los alimentos de origen animal que deben ser incorporados porque aportan proteína de alta calidad, hierro hemínico, zinc y vitaminas deben ser provenientes del hígado de pollo, carnes, pescado y huevo (que no es buena fuente de hierro) (MINSA, 2004).

conocidos están los fitatos y oxalatos. Esta técnica consiste en el remojo de la menestra y cambiar de agua antes y después del hervor eliminando además gran parte de las cáscaras y agregando un poco de orégano durante el hervor.

La recomendación de la nutricionista del Centro de Salud, también establece que todo debe ser aplastado con tenedor, no con la licuadora. Esto no resulta sencillo para la madre o cuidadora del niño. Hacer una papilla implica aplastar y mezclar constantemente hasta lograr la consistencia deseada y este ejercicio demora, en cambio hacerle una sopa es facilísimo y dársela también porque el niño lo come más rápido, incluso para darle de comer la madre se vale de una serie artimañas a través del juego o de la violencia en otros. En cambio con la sopa no ocurre lo mismo, al de consistencia líquida, la deglución es más rápida y además se llena rápidamente. Por eso la sopa sigue siendo una preparación muy consumida, es sencillamente un tema de practicidad, de tiempo.

Del mismo modo esta práctica del consumo de preparaciones líquidas o aguadas, tiene relación con la leche materna²⁴ que aun consumen.

4.2.1.2.3 La fuerza de las instrucciones del establecimiento de salud

Es probable que las instrucciones que el personal de salud les da a las madres de alguna manera pueden haber transformado las costumbres locales. Eso es algo que se ha observado en San Benito, pero además es un fenómeno que es un muy común; en la publicación *Repensar la Desnutrición de Ponciano del Pino* (2012), una etnografía en Ayacucho, arrojó el mismo resultado, una de las cosas que decían los antropólogos, es que la alimentación en los pueblos

²⁴ El CENAN establece que es importante el consumo de la leche materna, aun después del periodo de los 6 meses y la mayoría de niños en San Benito toma leche materna con la comida hasta aproximadamente los dos años y en algunos casos se extiende y en otros se quita antes de los dos años, pero el promedio es hasta los dos años.

andinos no sigue un patrón o sea, para las primeras etapas de la vida, no necesariamente sigue un patrón relacionado a la costumbre propia, sino a la que le da el personal de salud, es decir, que ellos esperan encontrar personas que no tuvieran, digamos conceptos claros de lo que es un alimento nutritivo o no.

Sin embargo, es cierto que las personas saben qué darle es decir, tienen conocimientos previos sobre alimentación balanceada y esto es porque las instrucciones del centro de salud están transformando varias prácticas, por encima de lo que es la costumbre, es decir que, normalmente en el mundo andino les dan muchos alimentos de baja densidad calórica o sea, preparaciones líquidas, pero en San Benito, las mamás migrantes de origen andino y rural, están dándoles sólidos a sus hijos.

Las abuelas tienen prácticas que difieren de las recomendaciones del MINSA, en la mayoría de los casos ellas les dan preparaciones más líquidas, como sopitas, calditos o agüitas, incluso esta práctica difiere de lo que le da la propia madre.

Las abuelas igual que las mamás son distintas, se toman más libertades, se atreven a darles más variedad de alimentos y les dan preparaciones más líquidas porque ellas siguen su propio modelo de crianza: la costumbre, la tradición.

Este modelo se caracteriza por el consumo de caldos, la sopa primero antes que el segundo o la papilla, si bien es cierto que a la sopa le echan hígado de pollo o papas, que es lo recomendado, esta sigue siendo más sopa que papilla.

Como nutricionista tendría que decir que es la mejor opción darle alimentos espesos, en realidad cuando es más espeso tiene menos agua, el agua no aporta calorías, no da energía y nutrientes que se necesita para el crecimiento, el alimento espeso sí posee mejores cualidades nutricionales, como ocurre con

el plátano o el camote, que son muy empleados por las madres o cuidadoras en San Benito. Con seguridad se puede afirmar que en una cucharada de papa hay más calorías que en una cucharada de sopa. Este cambio en la consistencia de las preparaciones que consumen los niños en las primeras etapas de su vida ha devenido en cambios evidentes en la ganancia de peso y talla de los niños según lo afirma la nutricionista del establecimiento de salud y los registros del personal de enfermería y otros encargados del establecimiento de salud en San Benito. Esto ha sido sostenido por otras experiencias a nivel nacional con poblaciones de características poblacionales parecidas. Así lo demostró el programa Buen Inicio implementado por Unicef y Usaid, para combatir desnutrición crónica en poblaciones rurales y urbanas pobres de la sierra y selva del Perú. Entre los resultados de la evaluación del programa se encontró que la intervención en la alimentación complementaria adecuada y oportuna con alimentos semisólidos como pures, papillas y mazamoras con una frecuencia diaria apropiada para la edad, mejoro notablemente el crecimiento y desarrollo de los niños observado a lo largo de varios años (Unicef, 2007 p 38-41).

Aunque las mamás están, de alguna forma, más pegadas a la regla del personal de salud y procuran darle más espeso, toda esta dinámica alimentaria termina siendo una negociación entre los mismos niños quienes prefieren el alimento más líquido.

4.2.1.2.4 La negociación en la elección de los alimentos.

Aquí vale la pena señalar que para la madre o cuidadora existe una cuestión de “tiempo y practicidad”. Hacer una papilla espesa tal como lo indican en el establecimiento de salud implica más tiempo, es decir, lograr esa consistencia, aplastar cada uno de los ingredientes de una manera más prolija demora

mucho más que hacer una sopa, un caldo o simplemente agregarle un poco de sopita a la papita y removerla y no aplastarla tanto, es más fácil y se invierte menos tiempo que bien necesita emplear para otras actividades domésticas o laborales, es una cuestión de practicidad.

Para el caso de la consistencia, existe otro elemento que está en juego, que es la preferencia del niño por la consistencia líquida. Los niños prefieren las preparaciones líquidas parecidas a la etapa de la lactancia, de la que aún no han salido del todo. Las madres aducen que los niños comen más líquido porque es más fácil de “pasar” más rápido el alimento sea de deglutirlo más rápido que masticarlo.

Pero la masticación ayuda también a desarrollar otros aspectos de la vida del niño. Los especialistas en salud afirman que la masticación ayudaría al desarrollo de los músculos de la mandíbula los cuales intervienen en el habla del niño, que de alguna manera va poder tener más facilidad para comunicarse o sea, para tener todo el aparato que articula la voz de una manera más entrenada y luego vocalizar, hablar va ser mucho más rápido y finalmente el desarrollo del lenguaje más preciso.

También interviene otro aspecto en la elección, que forma parte de la negociación y es que finalmente hay una percepción al alrededor de que los alimentos espesos pueden atorar al niño y hacerle daño. Esto ha sido evidenciado por la madre más de una vez cuando el niño ha terminado vomitando lo que come por la insistencia de la madre, lo cual no se podría descartar del todo como parte de la estrategia del niño para que la mamá no insista con alimentos que no le gustan. De esta manera resulta menos complicado darle alimentos líquidos pues estos van a pasar más rápido por la garganta de un niño y satisficará el hambre y preferencia del niño con un notable ahorro de tiempo y dinero, con lo cual terminan ganando ambas partes, la madre y el niño. Finalmente por lo visto, en esta etapa y a pesar de la fuerza

de las instrucciones sobre lo que se debe comer o no, la alimentación se sujeta a las libertades individuales y las elecciones caprichosas de los que intervienen.

4.2.1.3 Alimentación del niño de 3 a 5 años o en etapa pre escolar; es decir cuando está en el jardín de niños o colegio inicial.

En las anteriores etapas alimentarias y de vida de los niños, que se han descrito, la madre o cuidadora del niño, el entorno familiar o amical directo y el personal de salud de las instituciones prestadoras de salud a las que acuden ellas mismas, intervienen determinadamente en las prácticas alimentarias.

Las madres emplean las recomendaciones de los médicos sobre la alimentación de sus hijos en las primeras etapas de la vida, que es la lactancia y la Ablactancia, en adelante, después de los dos años y cuando empiezan a ir al colegio, todas sus prácticas están referidas a sus estilos de vida, a las costumbre heredadas, familiares o a los aprendizajes con los otros actores sociales de su entorno, por ejemplo la vecina, la prima, la señora del mercado misma que le recomienda cómo alimentar al niño y sobre todo la profesora del colegio.

Hay un esquema de control y crecimiento de desarrollo del niño en donde obligatoriamente los primeros meses de vida tienen que ir con una frecuencia de mes a mes, luego la frecuencia va disminuyendo, siendo cada tres meses, luego cada seis meses y luego de manera anual. Los niños ya que van al colegio inicial dejan de ir a los controles del establecimiento de salud porque tendrían que llevarlos en el horario de clases ya que la atención en el establecimiento de salud de San Benito es por las mañanas, igual que en el jardín de niños y a veces la mamá al percibir que su hijo está en buen estado de salud, simplemente ve poco útil seguir recibiendo la consejería del personal de salud, aunque algunas otras madres suelen ir todavía porque reciben algún

beneficio de algún programa social del establecimiento de salud como en su tiempo fue el PIN, que ahora tiene otro nombre, pero estamos hablando de San Benito del año 2009, 2010, 2011 hasta el 2012. En general resulta ser el jardín de niños el lugar de adquisición e intercambio de costumbres y representaciones alimentarias más importante en esta etapa de la vida del niño.

4.2.1.3.1 Las prácticas alimentarias en el colegio inicial.

Las maestras de la escuela inicial juegan un rol importante en el comportamiento alimentario de los niños y familias. En el salón de clase se evidencian algunas de las costumbres y hábitos familiares que empiezan a ser reforzados y validados cuando se trata de “buenos hábitos” o sancionados y estigmatizados cuando se trata de “malos hábitos”; el primero de ellos es el consumo de comida chatarra.

En el colegio nacional las mamás no determinan el contenido de la lonchera, sino que de alguna manera hay un control de parte de las profesoras sobre lo que llevan los niños y por otro lado, los que tienen algo de plata y envían a sus hijos a los colegios particulares, son los niños quiénes deciden qué es lo que la mamá va llevarles en la lonchera.

Aprendido de sus mamás o de los lugares de donde ellas provienen y no necesariamente de los profesionales de la salud, los niños pre escolares o que van al colegio inicial, tienen una forma de alimentación distinta de la anterior etapa, a partir de los tres años o alguno van un poco antes de los tres, pero a los tres ya tienen que estar matriculados en el nido, los niños cambian el esquema de alimentación porque cambia el horario ya que tienen que ingresar al colegio muy temprano, entonces la alimentación se caracteriza ahí por estar compuesta casi siempre de leche o de algún cereal muy temprano, a las mamás les gusta utilizar mucho las mezclas de los cereales, a pesar de que

nutricionalmente no es muy recomendable todas las mezclas, pero a ellas les gusta emplear estas mezclas conocidas como siete semillas por poderes atribuidos a los cereales andinos que la componen. Estos y otros conocimientos sobre lo que resulta mejor o peor en la alimentación infantil, es compartido y socializado en el mundo de la escuela inicial a través de las reuniones de padres de familia o mientras se hacen faenas de trabajo algunos fines de semana con la finalidad de arreglar la escuela o en algunas actividades educativas programadas en el año escolar en la que los padres se organizan no solo para responder frente a las exigencias que la educación de sus hijos supone, sino también para responder a la alimentación que ellos necesitan poniendo en evidencia el estilo particular de alimentarse de cada hogar.

4.2.1.3.2 La lonchera del jardín de niños en San Benito.

La práctica habitual de alimentación de los niños en esta etapa de vida, es el consumo de la lonchera y es allí donde ocurren dos situaciones muy marcadas en la elaboración de la lonchera. Los niños que van al colegio inicial estatal o público difieren en sus loncheras de los niños que van al colegio inicial particular.

Los niños de colegios particulares llevaban loncheras en base a alimentos industrializados, al menos la mayoría de ellos. Al contrario de lo que sucede con los niños que acuden al colegio nacional, las profesoras son mucho más estrictas con respecto a la lonchera evidenciando que el Estado se ha involucrado en muchos aspectos de la vida de los niños en San Benito y hay un componente dentro de educación inicial que está vinculado a la alimentación y entonces las profesoras tienen la obligación de incluir dentro de su plan metodológico, curricular, la promoción de la lonchera saludable. Es así que ellas, las profesoras del colegio nacional, iniciaron acciones para el cambio de

hábitos de lonchera, decomisando muchas de las loncheras de los niños que traían productos industrializados a los que ellas denominaban “chatarra” para luego en reunión de padres, que es mensualmente, les hicieran ver el error que estaban cometiendo. En el colegio particular las mamás suelen enviar en la loncheras de sus hijos productos industrializados como gaseosa, jugos de fruta industrializados de la marca “Frugos” o “Pulpin”, yogurt de bolsita que es muy barato y que cuesta entre treinta o cuarenta céntimos y su galleta envasada, a veces en algunos casos galletas con relleno. En este caso el rol controlador de las profesoras sobre las loncheras no ejerce ningún poder o influencia en las mamás, pues ellas mismas no desean involucrarse en el tema alimentario con tanta fuerza como las profesoras del colegio estatal. Esto tampoco es una exigencia de la institución particular. Por el contrario hay cierto temor de contradecir a la madre o cuidadora del niño para que esta no termine sacando al niño del colegio. Aquí se juegan otros intereses.

La televisión de hecho ejerce influencia sobre el contenido de una lonchera industrializada como lo que se ha venido dando en los colegios particulares. Son factores que intervienen a esta edad: la televisión, el gusto por el dulce que ya se va acentuando, además porque es una edad donde los niños empiezan a socializar mucho y asisten a fiestas infantiles y empiezan a conocer las golosinas. Lo que se ha observado mucho es la práctica colectiva del consumo de los llamados cereales de la marca Ángel, que vienen a ser unas hojuelas de cereales industrializados, cuyo origen proviene de la costumbre norteamericana, pero que ha llegado mucho a los mercados a San Benito y es lo que las mamás creen o definen como una golosina sana o saludable. De alguna forma aquí se repite lo observado en las otras etapas de vida, esta prisa por hacer las actividades de tal forma que el ahorro de tiempo está por encima del ahorro del dinero o cuidado especial por la alimentación a la hora de elegir la lonchera.

4.2.1.3.3 *La persistencia del “Calentao” en la lonchera de los niños*

Los niños del colegio inicial nacional muchas veces traían en la lonchera comidas elaboradas, platos con preparaciones que se acostumbra comer en casa, sobre todo para el almuerzo o cena. Estas preparaciones, han ido modificándose poco a poco a lo largo del año escolar, aunque no del todo, por la intervención de las profesoras del colegio, quienes promueven un modelo de alimentación de lonchera basado en las recomendaciones del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) y del Ministerio de Salud (MINSA, 2012).

Las profesoras de los colegios nacionales han sido instruidas para promover un tipo de tipo de loncheras, bastante diferentes a las loncheras que las mamás suelen enviar siempre. Estas contienen preparaciones como: papas fritas arrebozadas con huevo, arroz chaufa o la comida que sobro del día anterior recalentada que las mamás llaman “calentado”, que puede ser un guiso mezclado con arroz, como un tacu-tacu de frejoles o de cualquier otra menestra.

Las profesoras trataban siempre de cambiar este tipo de lonchera porque no estaba dentro del modelo que el CENAN había establecido como “lonchera saludable”²⁵ las cuales deben ser fáciles de preparar evitando preparaciones grasosas y abundantes.

²⁵ Según el CENAN, la lonchera vendría ser un refrigerio y este tiene como finalidad recargar las energías del niño en etapa escolar, contribuyendo a un buen rendimiento físico y mental durante el horario de clases, debe cubrir del 10 al 15% de los requerimientos calóricos que el alumno necesita diariamente. Debe contener frutas frescas y limpias de la estación al natural o en jugos. Frutas secas envasados: pasas, higos secos, etc. Leguminosas envasadas: habas tostadas, sin azúcar, sin sal y sin aceite. Verduras: crudas o cocidas. Semillas: nueces, almendras, maní, avellanas sin azúcar y sin sal. Cereales: maíz cancha tostada sin sal y sin aceite, maíz pop corn sin aceite y sin sal, kiwicha, quinua, cebada, arroz, trigo: tostados o inflados sin azúcar, pan y galletas con fibra bajas en grasa y en sal. Productos lácteos: yogur o lácteos descremados y bajos en azúcar, quesos bajos en sal. Carnes: pescado pollo, pavo, conservas (de pescado). Las bebidas que se incluyan pueden ser: chicha, limonada, naranjada, refresco de manzana, de piña bajos en azúcar, agua pura hervida, etc. Preparaciones: papa

Esta costumbre de enviar las loncheras con el “calentado”, tienen una lógica, que responde a la organización del hogar. Muchas de ellas cocinan temprano para enviar la comida a sus esposos antes de salir al trabajo, incluso para ellas mismas antes de ir a trabajar. Del mismo modo otras usan la cena que sobro para no desperdiciar la comida y ahorrarse algo de dinero. Por ultimo este tipo de costumbre también es semejante a la costumbre del campesino que almuerza temprano e inicia su día con una preparación que lo sostendrá en el trabajo del campo.

Cuando hacíamos las preguntas a las madres sobre qué desayunaban antes de ir al colegio este desayuno era un desayuno convencional de cereal, siete semillas con leche y un pedazo con mantequilla o pan con alguna otra cosita, pero en la lonchera iba comida y eso era algo que las profesoras inicialmente estaban en contra posición, decían, “mejor en vez de comida mándele pan, fruta, huevo”, porque si comen la lonchera y luego llega a la casa a almorzar, el niño ya no va querer el almuerzo.

Este argumento no es del todo cierto, pero forma parte del debate sobre el volumen del contenido de la lonchera. Lo que se dice sobre esto es que si es una cantidad pequeña igual con el gasto energético por la actividad que hace el niño este va a llegar a la casa y va tener hambre.

La resistencia en este punto no sigue la lógica nutricional sino una lógica del modelo de la alimentación urbana, con un estereotipo marcado por componentes occidentales como el pan, cereales, los lácteos y las frutas, que difieren mucho de lo acostumbrado en la alimentación tradicional proveniente de los orígenes rurales de las madres y cuidadoras.

sancochada, choclo sancochado, habas sancochadas, huevo sancochado, entre otros (INS 2012).

Si se mirara desde el punto de vista nutricional, los componentes de la lonchera “calentado” terminan siendo más saludables que los de la lonchera “tipo”, pues no contiene alimentos industrializados, en muchos casos puede faltar una fruta, pero sigue siendo una comida casera que tiene un componente proteico porque lleva siempre huevo o algún alimento de origen animal, a pesar de que sea predominantemente más cereal como ocurre con un arroz chaufa por ejemplo. Es decir es que hay un modelo oficial de alimentación recomendado que las profesoras siguen en San Benito (MINSa, 2012) y hay un modelo que las madres finalmente siguen y su resistencia data de un modelo alimentario tradicional proveniente de los lugares de origen de las familias y que además está sujeta a la dinámica socioeconómica familiar y esto pesa mucho más a pesar de la influencia del colegio y de las directivas. Las mamás han seguido mandando comida en las loncheras a pesar de que las profesoras digan que no.

4.2.1.4 Alimentación del niño de 6 a 12 años o en etapa escolar primaria.

Cuando los niños crecen y asisten a la escuela primaria, la mamá, les da de comer lo que le da a todos los otros miembros del hogar en su casa. Sin embargo hay un gran poder de decisión de los niños en esta etapa escolar.

En esta etapa cabe resaltar la importancia de cierto tipo de alimentos ya que el crecimiento y la ganancia de peso son lentos pero uniformes. Es el inicio de la pubertad, de una etapa de preparación para el desarrollo y el crecimiento característicos de la adolescencia que sobrevendrá posteriormente.

Una de las recomendaciones nutricionales²⁶ a esta edad nos habla de tener un mayor cuidado con los alimentos de origen animal, pues son los principales proveedores del hierro y probablemente no haya una atención particular en muchos de los casos porque cuando ya los niños tienen más de dos años y dejan la lactancia materna, empiezan a tener un rol en la familia diferente, como los demás hijos y a pesar de que, claro, hay ciertas atenciones, por ejemplo a veces la leche no falta para el niño más pequeño y puede faltar para los más grandes, de hecho la comida es la misma que se consume para los demás.

Definitivamente come igual que la olla familiar, no hay mucha diferencia allí, excepto cuando el estado de salud de los niños cambia debido a alguna enfermedad o aquellos niños que son percibidos por la madre como bien nutridos o en buen estado y los niños que están desnutridos. Originalmente lo percibe la mamá o lo percibe la profesora del colegio, sea en la etapa inicial o sea en la etapa primaria.

4.2.1.4.1 La oferta alimentaria dentro y fuera de las Instituciones Educativas de San Benito.

Aunque el tema de las loncheras sigue presente, desde otra forma, lo más importante en esta etapa de vida es la posibilidad de tener una oferta de

²⁶ El MINSA establece fomentar el incremento en la cantidad de alimentos de acuerdo a la edad y al apetito de las niñas y niños tomando en cuenta la olla familiar. Desde siempre hay un problema de salud con la anemia en este país, por ello se promueve el consumo de alimentos ricos en hierro como carnes rojas, vísceras, vegetales de hojas verdes. También incentivar el consumo de 3 tazas de leche diaria en cualquier forma de preparación. Del mismo modo incentivar el consumo diario de frutas y verduras y promover la importancia de los refrigerios saludables que incluyan diariamente frutas, jugos, refrescos de frutas naturales o agua sola.

alimentos y preparaciones en los kioskos escolares, que se encuentran dentro del colegio y la oferta ambulatória que se halla fuera del colegio.

Aquí es necesario el dinero, los padres les dan dinero a sus hijos para que ellos puedan comprar sus alimentos preferidos y hay una serie de alternativas fuera del colegio para que ellos adquieran sus alimentos justo antes de ingresar a clases.

Fuera del colegio se instalan comerciantes de comida ambulatória como el puesto de Ceviche y los niños que tienen propina comen Ceviche. También proponen Papa Rellena y Papita con Huevo, además del huevo de codorniz. También se expende el “ponche” de huevo batido que va en un cono y que le agregan grajeas que son caramelos muy pequeños de colores y dulces, eso también es muy común que los niños compren, como una especie de helados en barquillo, pero es ponche de huevo batido con una batidora manual.

Tal como se observó, los alimentos que se expenden fuera del colegio vienen a ser una serie de preparaciones típicas de la cocina peruana y a veces eran las mismas mamás quienes le compraban a sus hijos estos alimentos al ingreso, entonces no podemos hablar de una lonchera propiamente, pues aquí las madres compran lo que al niño se le antoja, pero si se puede afirmar una alternativa que el niño tiene para su alimentación que es diferente a la que le da la mamá en casa, pero que la mamá acepta como una mejor opción.

Dentro del colegio existe el llamado Kiosko escolar²⁷, que propone casi las mismas opciones que el comercio ambulatório de afuera, aunque sin preparaciones tan elaboradas, como el ceviche. La mayoría vende golosinas,

²⁷ Un kiosko Saludable según el ministerio de salud viene a ser al lugar estratégico que oferta y promueve el consumo de alimentos saludables en la comunidad educativa e implementa normas sanitarias de calidad e inocuidad que contribuyan a la generación de prácticas saludables en alimentación y nutrición (MINSA, 2012).

pero también ofrecen algunas preparaciones como panes o sandwiches, salchipapas y bebidas como refrescos y gaseosas.

4.2.1.4.2 *La propina.*

La propina es el dinero que le envían los padres del niño, madre, padre o cuidadores, para que ellos compren algún producto que deseen que está destinado normalmente a alimentos. Los niños en la primaria pueden escoger en muchos casos porque la mamá ya no manda la lonchera, sino que les dan dinero y escogen dentro de lo que se oferta, lo que los medios influyen, lo que los otros niños también influyen, pero también lo que ellos por el gusto, por el sabor quieren, probablemente y es casi seguro, las mamás saben lo que sus hijos compran y lo aceptan.

Aunque la propina sea muy pequeña, que oscila dentro de los cincuenta céntimos, tener una propina para comprar lo que se les antoje, les da autonomía en su alimentación. Desde luego los niños tienen un sistema de ahorro a partir de lo que sacan para sus materiales de trabajo, como las fotocopias, láminas, etc. es así que sacan un poquito más para comprarse alguna cosa mejor, la mamá puede reprocharles, pero igual lo hacen. La mayoría de ellas no le hacen prohibiciones, pero sí los reprochen, sin embargo les siguen dando la propina y con ella inevitablemente terminan comprando las golosinas, que aceptan con resignación.

La mamá se resigna, se quejan, pero no hay una forma de control que no sea solo el reproche, por lo que se entiende lo terminan aceptando:

“mi hijo lo compra, qué voy a hacer yo le digo, le digo, pero igual lo hace ya no puedo hacer nada”

Aquí también ocurre los “antojos” del niño, algo que ocurre cuando van a la tienda o al mercado acompañando a la mamá a hacer las compras, la mamá los lleva para el mercado y piden dulces, caramelos. Ciertamente que los “antojos” del niño se evidencian primero para la madre, en los primeros meses de vida, no representan el mismo tipo de conflicto para la madre como lo es a esta edad. Esta práctica de la preferencia por los dulces es muy fuerte en esta etapa de vida del niño y al estar el proceso de dentición casi completo, lo que significa que puede masticar más que antes, empiezan a estructurarse los primeros hábitos alimentarios alrededor de la alimentación industrial, comercial o la denominada “chatarra”.

4.2.1.5 Las prácticas alimentarias, cotidianas y domesticas en periodos de enfermedad.

Es importante hacer esta otra clasificación para anotar que las prácticas alimentarias cambian, según el estado nutricional del niño y la situación de salud del mismo.

Si la mamá percibe mal nutrición en el niño o la niña, que no necesariamente significa que lo esté o porque la profesora del nido lo perciba ya que en el jardín de niños también se hacen evaluaciones antropométricas o sea, de peso y de talla de los niños, es allí donde la alimentación varía. Esta malnutrición también puede ser percibida, de alguna manera, por alguien más en su entorno, como la suegra, la vecina, la prima, la señora del mercado que tiene otros hijos y que es su casera.

Luego de eso la mamá recién lo lleva al centro y allí si son niños que necesitan un tratamiento especial y que califican como beneficiarios de un programa de alimentos. Aquí aparece el Estado como protector de la salud.

Por recibir alimentos ellos deben hacer un control mensual y un taller de nutrición y es allí donde la mamá sí toma en cuenta las recomendaciones del personal, pero en el caso de los niños en condiciones normales de salud, la alimentación que siguen es la alimentación heredada de la familia, la de la olla familiar o la que le aconseja alguna otra persona que ya tiene más experiencia.

Existen diferencias en la alimentación en los periodos de enfermedad ya que las enfermedades tienen tratamientos distintos, como sucede con las respiratorias, las cuales tienen una forma de tratamiento que la mamá conoce y que no pasa por ir necesariamente al establecimiento de salud, al cual acuden como último recurso porque ellas tienen una forma de tratar la salud de sus hijos desde el hogar, siendo este saber el más inmediato de emplear.

Cuando el niño pasa mucho tiempo y no muestra mejoría, la profesora del colegio llama la atención a las madres o responsables de los niños porque no está viniendo a clases o porque ya tiene síntomas muy evidentes de su enfermedad y son otras las personas que lo evidencian. Solo allí recién la mamá lo lleva al establecimiento de salud, u otro lugar donde le puedan atender con empleo de medicamentos.

La farmacia también es una alternativa cercana, pues pueden preguntar a la persona que atiende en la botica y les pueden dar opciones alternativas de medicamentos sin que acudan al establecimiento de salud. Lo seguro es que en la mayoría de los casos el último lugar a donde acudirían es al establecimiento de salud, porque ellas saben cómo curar ciertas enfermedades y este saber viene acompañado de una terapia alimentaria.

4.2.1.5.1 La desnutrición y la anemia como enfermedades silenciosas

Las enfermedades nutricionales son aquellas que no son infecciosas y por lo tanto no son contagiosas, una de ellas es la anemia, la cual es un problema

localizado en San Benito y de salud pública en el Perú. Según el INEI 2014, de cada 100 niñas y niños de 6 a 59 meses de edad en Lima Metropolitana, 26 tienen algún tipo de anemia siendo mayor en varones que en mujeres²⁸. La anemia está asociada a una disminución del oxígeno en los tejidos, menor capacidad física y mental, así como, una reducción de la resistencia a las infecciones. En el caso de los niños menores de dos años, la anemia puede afectar su desarrollo psicomotor.

La parasitosis, es probablemente una de las razones más comunes de padecer anemia en los niños de San Benito. Si esta se combatiera, la anemia disminuiría notablemente porque los parásitos se alimentan de los alimentos que consume el niño, disminuyendo también la biodisponibilidad del hierro consumido.

Hay esfuerzos de la madre por combatir la anemia desde la casa a través de la alimentación y esfuerzos del Estado que entregan multimicronutrientes llamados “chispitas nutricionales”, además de otros suplementos como sulfato ferroso que son suplementos para combatirla, pero la incidencia disminuye poco porque no hay un buen control de parásitos ya sea porque el abendazol o los medicamentos que se entregan no son específicos para algunos parásitos o ya sea porque no hay un tratamiento permanente, no hay un cuidado permanente porque son pastillas que se toman una vez a la semana, posiblemente haya olvido de tomarlas y posiblemente haya que ir a la posta siempre a pedir las, no siendo este un sistema eficiente para su erradicación. En el año 2010 se hizo una evaluación a los niños dentro de un proyecto con la ONG Warmi Huasi y los resultados arrojaron que todos los niños evaluados tenían parásitos.

²⁸ Documento publicado en setiembre del 2014 “Una Mirada a Lima Metropolitana” Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2014, cuya fuente de información es la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013.

La desnutrición crónica es también una enfermedad no infecciosa ni contagiosa, pero no se percibe como tal ya que se evidencia en la falta de talla y no en la falta de peso. La falta de talla es comprendida a partir de una lógica genética o hereditaria aduciendo que la talla de los padres son las que determinan la de los niños y existen muchos padres de familia con talla baja, seguramente producto de una desnutrición crónica²⁹.

Así como como la anemia se evidencia por signos clínicos o a simple vista, como el color de la piel, la presencia de sueño, falta de apetito, cansancio, del mismo modo la parasitosis, porque se les hincha la barriga, les pica la nariz o el ano, la desnutrición crónica no tiene una manera de evidenciarse, salvo si el retardo del crecimiento es percibido en comparación con otros niños de la misma edad que no la padecen.

4.2.1.5.2 Cambios en la alimentación durante los periodos de las enfermedades respiratorias.

Definitivamente existe una alimentación que cambia cuando los niños atraviesan periodos de IRAs como son las más comunes gripes o resfriados. El consumo de líquido se acentúa, se consume muchos caldos y agüitas que traen como consecuencia inmediata que el niño empieza a bajar de peso.

²⁹ La OMS también en muchos años de investigación ha establecido que solo el 10% de la talla de los padres puede definir la talla de un niño, en general los niños tienen el mismo potencial genético para crecer y desarrollarse normalmente durante toda la infancia. Incluso nosotros hablamos que el potencial genético está sujeto a los factores ambientales, uno de ellos es la alimentación con determinados nutrientes a determinada edad, y en cada mes de vida hay determinada ganancia de talla y peso que, en condiciones normales, debe ser constante.

Si los periodos son largos, el niño termina acostumbrándose a la sopa, a lo líquido que de por sí se va convirtiendo en un modelo de alimentación, como parte de una terapéutica de este tipo de enfermedad.

Del mismo modo hay una condición de alimentos que ellas consideran “fríos o frescos”, por lo cual no son permitidos de consumir en estos periodos como la avena que aunque cocida y caliente sigue siendo “fresca”.

Otros alimentos que están en esta misma categoría son el plátano, las naranjas, la mandarina y todas las frutas ácidas porque las consideran frescas, frías.

La alimentación se caracteriza en este periodo por el consumo de sopas y caldos de todo tipo, pero puro caldo, no les quieren dar la parte espesa, indicando que es el niño quién no las quiere comer, aunque lo evidente fue que ellas no le insisten, sobretodo en estos periodos de enfermedades.

La Alimentación durante los periodos de Anemia.

La sopa de pichón es una preparación a la que le atribuyen propiedades terapéuticas para sanar de anemia, sobre a los niños. Cuando alguno de sus hijos tiene anemia, ellas tratan de conseguir un pichón, que es la cría de la paloma y hacen un caldo con la carne hervida del animal, dándole al niño solamente el caldo, sin que este coma la carne porque el poder sanador se le atribuye solo al caldo donde hierve el pichón.

Otro alimento muy consumido en este periodo como uno de los tópicos terapéuticos es el Bazo. Es una preparación en donde se hierve una parte de la res que se llama bazo, que viene a ser una víscera muy oscura, cuya cualidad es curar a los niños anémicos. Se observó además que esta preparación es muy líquida, casi como un caldo o agüita en donde hirvió este bazo con cebolla

y perejil picado. En algunos lugares y hace muchos años, esta preparación se llamaba “sustancia”.

La Alimentación durante la parasitosis.

Durante la parasitosis empiezan a restringir los azúcares y dulces, incluso el pan ya que aseguran que el exagerado consumo de estos alimentos ha producido la aparición de parásitos en los niños y al mismo tiempo es un indicador de la presencia de los parásitos en el niño.

La restricción de esta práctica va de la mano con la salud bucal de los niños, aunque hay un aparente descuido de las mamás o cuidadoras en este aspecto. No hay una atención particular en la salud bucal de los niños, salvo en el colegio.

Restricciones Alimentarias en periodos infecciosos.

Entre las restricciones más comunes tenemos la restricción al pescado ya que el pescado es percibido como un alimento peligroso para la curación de heridas ya que se piensa que el pescado va a exacerbar la infección o la enfermedad que se padezca cuando no necesariamente es así. Esta práctica ha sido difundida por el personal de salud, en algún punto de la historia de enfermedades de los niños, pues hace muchos años se manejaba esta información a nivel de la medicina. Actualmente se sabe que no necesariamente todas las personas con alérgicas o pueden desarrollar alergias al pescado. Pero el temor de que se enferme más, hacen que se lo dejen de dar.

Todos estos cambios alimentarios después traen como consecuencia inmediata que los niños, luego del periodo de enfermedad ya no quieran comer

lo mismo que comían antes de enfermarse, transformando de esta manera un patrón alimentario que se sostiene a lo largo de mucho tiempo y que desde el punto de visto nutricional sería poco conveniente para el niño.

La utilización de yerbas.

Definitivamente hay mucha utilización de yerbas en las terapias y procesos de recuperación de la salud de los niños. Aunque las yerbas no son considerados “alimentos” propiamente dichos, por una cuestión de empleo masivo en la cultura alimentaria de las personas y su intervención masiva, vale la pena resaltarlo en este punto.

Se utilizan yerbas para curar una serie de enfermedades, una de las más comunes son los parásitos. Cuando no se puede ir al establecimiento de salud para pedir la receta médica o no se cuenta con dinero para ir a la farmacia, se utilizan varios tipos de yerba, como la Yerbabuena, la misma que se hace preparar muy concentrada para que pueda ser tomada a manera de purgante y poder eliminar de esta manera los parásitos.

Las posibilidades del uso de las yerbas son tan amplias que existe, para cubrir esta demanda, las yerberas del mercado quienes tienen un conjunto de yerbas muy específicas para cada tipo de malestar.

Preparaciones “Poderosas”.

Existen en San Benito un empleo cotidiano de terapias denominados por el discurso oficial de la medicina como “terapias alternativas” en donde se utilizan una serie de yerbas y otros alimentos que aún no se consideran como tal según la Tabla de Composición de Alimentos, pero que las familias muy bien saben emplear.

En el mercado de San Benito como en cualquier otro mercado de nuestra ciudad, hay un puesto donde hacen una serie de preparaciones a las cuales se les atribuye cualidades “poderosas” que ayudan a combatir, sanar, restablecer un determinado problema de salud. A menudo estas preparaciones que se expenden y recomiendan en el mercado de San Benito y otros mercados aledaños, contienen especies como la sábila y otras yerbas. También emplean la rana.

En algunos casos las mamás acuden para curar a sus hijos, es decir, que hay un uso de un tipo de terapia tradicional que a veces está por encima del tratamiento médico y en otros casos van juntos, de la mano, cuidando siempre de hacer las dos combinaciones.

En el Perú tenemos una gran variedad de productos alimenticios y paralelamente de yerbas y todo tipo de plantas que son para la salud, llegando mucho de esa variedad a San Benito y las Lomas.

Otras yerbas comunes que se utilizan son el anís, la manzanilla, el eucalipto y el llantén.

4.2.1.6 Consideraciones finales sobre las prácticas alimentarias.

Finalmente podemos concluir que en las primeras etapas de la vida del niño, las prácticas alimentarias se combinan, las madres ya tienen saberes, conocimientos adquiridos con lo que toman decisiones de prácticas alimentarias, incluso antes de que los niños nazcan, tienen saberes previos; algunos de ellos podemos definirlos como “tradicionales”, que las han aprendido y heredado de generación en generación. La otra vendrían a ser las instrucciones recibidas de otras personas en donde se les indica que cosa hay

que darles a determinada edad, finalmente hay una elección. Entonces las mamás escuchan, algunas cosas aceptan y otras cosas no se aceptan. Finalmente ellas toman la decisión, en algunos casos solo recogen lo que les conviene recoger.

Después de los primeros meses de vida y hasta la escuela, la alimentación de los niños ira incluyendo poco a poco los alimentos de la olla familiar y con ella gustos y aversiones, formas de prepararlos y servirlos que estarán en constante construcción, no necesariamente heredados de los lugares de orígenes de los padres. En esta construcción de patrones las mamás no tienen todo el poder sobre los niños, a veces los niños dicen, “no, quiero esto...”, hay una voluntad y capacidad de persuadir a las madres. Además en algunos casos hay un aspecto que es percibido entre ellas mismas como negligencia, al permitir que el niño deje de comer o no desee comer determinados alimentos que están recomendados para esta edad. ¿Acaso habría otras “mejores alternativas” para la alimentación del niño que reemplazarían aquellas consideradas “poco saludables”? Lo que finalmente importa es la elección de la madre.

Las profesoras comentaban que muchos niños no querían comer las comidas de sus mamás, es probable que esto sea influencia del resto de los compañeros que traían loncheras, digamos más estándares. Existe una competencia entre niños en relación a lo que va en las loncheras. Las profesoras discutían con las mamás porque les decían, “señora, su hijo no come la lonchera que le manda, no le traiga comida o si quiere traerle tráigale papa con huevo ya no le traiga comida más preparada porque no la va comer”.

En esta etapa es donde comienza la influencia de los medios de comunicación y la publicidad sobre todo a través de la televisión. Del mismo modo el aprendizaje se hace al encuentro con otros niños que no son de San Benito que sucede cuando la mamá va a visitar a otros familiares fuera de la localidad, incluso del distrito de Carabayllo. San Benito es una población bastante

golondrina, las familias cambian de lugar durante algunas temporadas, cuando van de visita a otros familiares o de viaje a los lugares de origen. Se puede decir que alimentación en esta edad pre escolar también está influenciada por el entorno social de los niños que puede estar fuera de San Benito, que puede estar cuando van a visitar a sus familiares que están lejos de San Benito.

4.2.2 *Ideologías de la alimentación: Creencias, costumbres y valores en la alimentación infantil en San Benito.*

Podemos definir a las creencias como universo de ideas transmitidas a partir de la tradición oral y la experiencia propia, individual o colectiva, que determinan un comportamiento, en este caso, alimentario, siendo aplicada en un determinado contexto.

Todas las sociedades han desarrollado, a lo largo de su historia, creencias y conocimientos, más o menos empíricos, relativos al valor de determinados alimentos y a la conveniencia de los mismos según las particulares condiciones y las circunstancias concretas de cada individuo (Contreras y Gracia, 2005).

Para fines de esta investigación, definiremos a las costumbres, como aquellas prácticas alimentarias que responden a las creencias y son transmitidas entre los miembros de una misma comunidad.

Del mismo modo, los valores son la ponderación que las personas le dan a determinada práctica o costumbre alimentaria que le da el criterio a la elección de un alimento o preparación.

Existen creencias referidas al valor del alimento en sí mismo otras referidas a las formas de preparación y estado de los alimentos y otras referidas a las prácticas que corresponden al lugar de origen de donde provienen los encargados de la preparación de los alimentos, como las madres o cuidadoras.

4.2.2.1 Las vísceras y los alimentos de origen animal.

En este estudio se han identificado algunos alimentos de origen animal cuyas creencias tienen gran importancia en la alimentación de los niños, como es el caso del consumo de las vísceras del pollo, la sangre, las patas del pollo, los huesos del espinazo del pollo y el pescado.

Las madres no prefieren darle vísceras, a pesar de que estas resulten una buena opción nutricionalmente hablando, porque son considerados alimentos fuente de hierro y actualmente hay un problema de salud pública con respecto a la anemia, incluso el porcentaje de desecho de la víscera es mínimo o nulo porque si se compra hígado todo se aprovecha, si se compran otras vísceras como la molleja también, del mismo modo el corazón del pollo, pero si se compra la carne del pollo el porcentaje de desecho es mayor porque se bota el hueso, en muchos casos el pellejo y eso representa un porcentaje mayor del dinero invertido y sin embargo, a pesar de este aparente “costo-beneficio”, las mamás prefieren comprar el pollo o en algunos casos el espinazo del pollo que es más barato para preparar alguna comida, que puede ser sopa, pero sobre todo los tallarines.

Los tallarines son una de las comidas más típicas en San Benito porque es fácil de preparar, es económico porque se puede adquirir todos los ingredientes en la tienda sin necesidad de trasladarse hasta el mercado a buscarlos y el espinazo del pollo lo puedes conseguir mucho más barato que comprar el pollo mismo y con este ingrediente se elaboran los tallarín con espinazos, con hueso de pollo, pero en el imaginario de la madre, se está comiendo carne, a pesar de que bien se podría haber hecho ese mismo tallarín o alguna otra preparación con las otras vísceras como las mollejas o los corazones.

Son muy pocos los hogares que utilizan las vísceras del pollo para cocinar y esto es porque las vísceras no son percibidas como “presa”, como “carne” o mejor dicho como alimento propiamente.

Del mismo modo, el consumo de sangrecita que es frecuentemente recomendado, es muy escaso al igual que en las vísceras. Para empezar porque los pollos vienen sacrificados, es decir que vienen listos para el consumo o sea, no se matan pollos en San Benito, el lugar donde los matan queda por la panamericana norte. Lo común era que cuando se vendían los pollos, allí mismo los mataban, esa es una práctica muy común en muchos lugares de Lima, pero no en San Benito. Entonces no se consume la sangrecita porque no hay esa posibilidad de adquirirla fácilmente y sin embargo esta tiene un valor nutritivo muy importante por el Hierro, que es un mineral que previene la Anemia. Tampoco crían suficientes animales en casa como para aprovechar su sangre y los que lo hacen no la emplean por desconocimiento y rechazo a la misma. Esto no es ajeno a otras sociedades en donde el consumo de las vísceras, inclusive la grasa de la carne, está sujeto a una serie de rechazos como sucede en países europeos como Francia y España.

Según Fischler (1995) la carne es el alimento más portador de ambivalencias ya que encuentra en la mayoría de las culturas la aplicación de prohibiciones y repulsiones aún en especies biológicamente comestibles: “se suelen contar más especies rechazadas que especies consumidas”.

La muy larga y diversa lista de prohibiciones relativas al consumo de carne constata el hecho de que de cada sociedad clasifica sus relaciones con los diferentes animales de un modo específico y que dentro de estas clasificaciones se enmarcan las actitudes de los individuos frente a los diferentes productos cárnicos (Contreras y Gracia, 2005).

Las patas del pollo, por ejemplo, si se consumen con más frecuencia, hay un grupo de madres que tiene el interés por las patitas ya que se le atribuye la

cualidad de ser muy nutritivas. La forma de preparación es semejante a la empleada en la cocina andina con las patas de la res o del chanco, que son cocinadas en un caldo, siendo el caldo lo más importante. Esta práctica estaría evidenciando la continuidad de las costumbres traídas del ande o de zonas rurales donde se potencia el caldo de las patas de animales mayores.

Son varias las familias que solo compran patitas de pollo para hacerle la sopa al niño a pesar de las recomendaciones nutricionales dichas por el personal de salud que aseguran que lo necesario para los niños son más bien las vísceras rojas por el contenido de hierro.

Otra creencia se cierne con el pescado, que no se da de comer a los niños por el temor a las alergias e infecciones. Incluso aunque el médico recomiende su consumo, esta creencia asentada en el temor a que este alimento produzca mayor daño, resulta ser más poderosa y colectiva. No se da de comer pescado a los niños si estos están enfermos de un resfriado o alguna otra enfermedad respiratoria. Menos si tienen heridas. En la consejería nutricional se recomienda su consumo a partir de los nueve meses de vida y en adelante, por el contenido de ácidos grasos esenciales, proteína de alto valor biológico y micronutrientes, es altamente recomendado aun en periodos de enfermedad.

4.2.2.2 *El estigma de la grasa*

La grasa, en cualquiera de sus formas o presentaciones, como mantequilla margarina, frutos secos y oleaginosos, aceites o frituras, muy pocas veces se acostumbra a dar a los niños, por la creencia de que esta le puede hacer daño al hígado del niño y en general a la salud. Esta creencia se fundamenta en la percepción del adulto sobre sí mismo y la restricción de la grasa que se

recomienda en la adultez por aportar calorías en exceso y algunos otros problemas.

Las grasas son muy importantes sobre todo en los primeros años de vida³⁰, no por nada la leche materna tiene una gran cantidad de grasa, mucha más que la leche de vaca, sin embargo, las mamás tiene mucha reticencia con la grasa porque para ellas la grasa tiene un concepto negativo ya que, mucha de la alimentación de niño es la alimentación de la familia.

Si la mamá no está comiendo grasa por algún motivo, quizás porque tenga un problema de salud o porque el papá lo tenga o porque las abuelas, que muchas veces son las cuidadoras de los niños también lo tengan, como son las dislipidemias o problemas con el colesterol elevado, triglicéridos o sobrepeso, entonces ellas no se la dan al niño, pues ven la grasa como negativa ya que para ella lo es y finalmente el resultado es que el niño no lo consume.

Incluso dentro de las consejerías del establecimiento de salud, el personal tiene mucho cuidado en la recomendación de grasa en la alimentación del niño. Esto se debe a una estigmatización de la grasa dentro del ámbito de salud familiar, siempre asociado a problemas y no a ganancias.

4.2.2.3 Lo “aguado” y lo “espeso”.

Como lo habíamos descrito en el anterior subcapítulo sobre las prácticas alimentarias de los niños en las diferentes etapas de vida, en San Benito, se

³⁰ La recomendación del MINSA para niños que inician la alimentación complementaria, es agregarle una cucharadita de mantequilla o aceite en la preparación servida en el plato del niño. Esta práctica incorpora las calorías necesarias para cubrir sus requerimientos energéticos a esta edad y de debe prolongar hasta los dos años de vida (CENAN 2004).

acostumbra darles a los niños alimentos líquidos antes que lo sólido, esto se fundamenta en la creencia de que el niño no puede pasar o deglutir los alimentos sólidos o denominados por ellas como “espeso”, pues se puede atorar. Ciertamente o evidente por las madres es que más de una vez el niño se ha atorado y por eso este prefiere alimentos líquidos o definidos por las mamás como “suelto” o “aguado”. Prevalece entonces la idea de lo “aguado” por sobre lo “espeso”, como una estrategia para que el niño coma, acepte las preparaciones que ellas les dan. Esa preferencia es obvia en el niño pues antes de los alimentos sólidos su primer alimento fue leche materna, fórmula maternizada o alguna otra leche.

Desde allí viene la práctica sostenida del consumo de sopa o caldos, por la condición aguada que es fácil de digerir por el niño.

Esta creencia se aplica también al consumo de las agüitas a las que nos referimos anteriormente siendo el anís el más empleado por sus propiedades para evitar los gases o cólicos que el niño suele tener.

El personal de salud a cargo, en este caso la nutricionista, recomienda que el primer alimento a consumir sea tan espeso que cuando se voltee el plato, el contenido de la preparación no se caiga, siendo esta una papilla sumamente espesa.

Ese grado de consistencia es poco acostumbrado para los niños porque es realmente espeso, incluso una mazamorra que también se encuentra entre las preparaciones recomendadas, no presenta tal consistencia. Sin embargo el personal de salud sigue recomendando en sus talleres, que al voltear el plato la comida no se caiga y eso las mamás lo perciben como algo que no está bien para el niño pues se puede atorar.

4.2.2.4 Alimentos “Frescos y Cálidos”.

Existen alimentos que las madres consideran como frescos y otros como cálidos, debido a la creencia de que producen un efecto en el organismo interno del niño, como calentamiento del estómago o el hígado o enfriando el aparato respiratorio, en ambos casos produciendo la enfermedad.

Entre los alimentos considerados como “frescos” tenemos a la avena que es un alimento que se acostumbra dar a los niños aún caliente como sucede con el cocimiento de avena con frutas o con leche, pero para la mamá si un niño está enfermo, resfriado no le daría avena porque creen que la avena es fresca a pesar de que ésta temperatura sea caliente. Esa es una creencia colectiva, igual pasa con el plátano, el plátano que también es considerado fresco, a pesar que yo le puedo dar una papilla de plátano recién sancochado, igual el plátano es considerado como un alimento fresco.

Un alimento cálido es considerado, por ejemplo el mango a pesar de que este pueda ser frío, la creencia es que les puede calentar el estómago. Esta creencia no es nativa ya que los españoles trajeron las ideas de cálido y frío.

4.2.2.5 El “antojo” del niño.

Antes de los seis meses, las madres empiezan a dar calditos incluso algunas antes de los primeros tres meses de vida, inician con estas agüitas, porque aseguran que los niños se antojan viendo comer a los otros hermanitos. La madre percibe el “antojo” del niño y si este no es satisfecho le puede hacer daño. Además las mamás expresan que les da pena que el niño les vea comer y que él no pueda comer nada aun. Lo que no se sabe con certeza es si realmente se le antoja o no, pero lo más importante es que la gente cree que sí se les antoja y el resultado final es que les dan el alimento que ellas perciben

que es mejor, iniciando así con juguitos, agüitas o calditos, que supuestamente es lo que el niño se antoja primero, para posteriormente continuar dándole lo que en la olla familiar se come.

En la mayoría de los casos, como se alimentan ellas mismas también alimentan a sus hijos, entonces el “antojo”, “el sabor”, las “preferencias” están presentes a la hora de hacer una preparación: “para que saboree, para que pruebe” y éstas son categorías que se transmiten como un patrón a la hora de comer que será reafirmado a la largo de la historia alimentaria familiar constituyendo así una cultura de alimentación particular aprendida.

4.2.3 Dimensión simbólica del alimento en San Benito

Según Barthes, semiólogo francés, los alimentos y en particular las comidas constituyen un sistema de comunicación, un protocolo de imágenes y costumbres que manifiestan la estructura social y simbolizan las relaciones sociales. Al igual que en un lenguaje, la dieta tiene normas de exclusión o posiciones significantes (tales como dulce/salado, amargo/dulce), normas de asociación sobre como los platos pueden ser conformados y normas de uso. Los hechos alimentarios se encuentran en las técnicas, en los usos, en las representaciones simbólicas, en la economía y también en los valores y actitudes de una sociedad dada. De esta forma es posible preguntarse qué significados expresan ciertos alimentos y como se vinculan para manifestar una determinada identidad (Barthes, 1990).

Para el caso particular de San Benito existen una serie de alimentos que contienen poderes, características extraordinarias, significados a partir de su forma de preparación y uso que no necesariamente pasa por lo alimentario o nutricional, sino que explica y otorga valor a las practicas, con diversos fines, la mayoría terapéuticos o de bienestar y que constituyen una identidad local.

4.2.3.1 *El poder de La leche.*

En el subcapítulo anterior se explico acerca de la Ablactancia, etapa de alimentación complementaria que dura hasta los dos años, en donde el niño incluye sus primeros alimentos, además de la leche materna o fórmula maternizada según sea el caso. Es aquí donde la leche empieza a cobrar una fuerza especial, volviéndose casi un alimento indispensable.

La leche es un alimento que no puede faltar en la dieta diaria del niño, incluso llega a prolongarse por lo menos durante toda la etapa preescolar y primaria, como un alimento básico.

Para las madres proveer de leche a sus hijos, es como cumplir con todos los requerimientos nutricionales del niño, a pesar que la dilución de la leche no sea la correcta. Aquí lo que importa es que se le está dando leche al niño, finalmente lo que representa la leche es el aseguramiento alimentario, aunque no coma otros muchos alimentos, con la leche, el niño está tomando algo nutritivo.

Sea con o sin pecho, la mamá siempre les está dando leche de vaca, en distintas presentaciones, incluso y en la mayoría de los casos, solo lo consumen y lo compran para el niño más pequeño, a decir verdad hay muchas familias que solo conocen la leche porque tienen un niño en casa y las mamás hacen esfuerzos por comprar la leche evaporada o conocida también como leche de tarro, que normalmente es esta leche denominada por una propaganda de televisión: “la amarillita”. En realidad podrían darle cualquier leche, pero le compran la amarillita porque es la leche que sale en la televisión, cuya propaganda dice que es para los niños de dos años en adelante, aunque ellos se lo dan desde los seis meses o siete meses.

También hay una gran diferencia en la alimentación de la familia con respecto al niño, si bien es cierto la mamá procuran darle de la olla familiar a los niños pequeños, de todas maneras la leche es algo que escapa de la olla familiar, en muchos casos solo la toma el niño pequeño y en algunos otros, se le dan tanta importancia a la leche de que obvian otros alimentos, como ocurre sobre todo en niños con desnutrición crónica:

“pero señorita si yo les doy leche todos los días a mis hijos, ¿por qué están desnutridos entonces?”

Desde luego que la explicación ocurre dentro del plano de lo nutricional, pues la leche, sin el consumo de otros alimentos que complementen la dieta, no es garantía de buena alimentación.

Significa que la leche finalmente no les da los suficientes nutrientes como para que se desarrollen “sanos y fuertes”, tal cual lo dice la publicidad, pero ellas creen que por la propaganda de televisión que dice “la leche es crecimiento, toma tres vasos de leche al día, para que crezcas sano”, entonces ellas creen que haciendo el esfuerzo de comprar muchos tarros de leche y solo dándole leche el niño tendría que desarrollarse. La leche sí tiene un poder especial otorgado por la madre y condicionado por la publicidad, la leche representa el crecimiento, la salud, el bienestar de los niños.

4.2.3.2 La sublimación de la carne.

La carne de cualquier animal, tiene además una connotación particular por sobre las vísceras del animal. Lo que se ha observado, es que las señoras no compran vísceras y prefieren comprar el espinazo del pollo y utilizarlo para la preparación. Como explicamos en el subcapítulo anterior, comer vísceras resultaría nos solo más económico sino además más nutritivo, sin embargo las

madres prefieren comprar el espinazo del pollo, que viene a ser la columna vertebral del animal, que casi no tiene carne, a comprar las viscerales que no producen desecho. A pesar de que la víscera es carne finalmente, pero no está categorizada como tal, es oscura, es diferente, es lo que está dentro de las entrañas del animal, entonces no es percibida como carne.

4.2.3.3 *La lenteja la más nutritiva de las menestras.*

En el caso de las lentejas se ha observado que hay una predilección por su consumo que es casi masivo en San Benito, debido a las cualidades o propiedades que se le asignan, sobre todo aquellos asociados a la anemia cuya presencia aunque no es tan evidente se reconoce como problema latente. El consumo de las lentejas es muy común, porque además es de bajo costo, en comparación con otras menestras y muy accesible ya que se puede encontrar en cualquier mercado, e incluso en las tiendas cercanas. Un factor muy importante para la elección de la madre por esta menestra, es su fácil preparación. Se cocina en muy poco tiempo, casi sin ninguna técnica. De esta manera resulta cómoda económicamente.

Si bien es cierto no todas las madres conocen o emplean las menestras en su dieta, sobre todo tratándose de algunas mujeres provenientes de la sierra sur, la interacción con otras mujeres y comerciantes del mercado en San Benito, ha hecho que las empleen en la dieta semanal. La razón del poco consumo en algunas familias es porque las menestras en general no logran cocinarse lo suficientemente bien, pues su punto de cocción es muy alto, lo que hace que el proceso sea muy lento y demore en estar listo, de esta manera se gasta más gas, más energía. Esto es frecuente en las zonas rurales del ande centro y sur en general, en cambio en la zona de la costa norte y la sierra norte sí es mucho

más consumida y las dificultades para su cocción son menores. Esto se replica tal cual en San Benito por aquellas madres provenientes de estas zonas.

4.2.3.4 Las “Siete Semillas”.

Otro de los productos con cualidades particulares y muy consumidas, son las denominadas Siete Semillas, ulpadas o mashka de cereales que se consumen muy espesos en la mañana, como desayuno. Las Siete Semillas son un conjunto de cereales tostados y molidos que se preparan disueltos en agua y a veces se le agrega leche. Se llama así pues hace alusión a los siete cereales que debe contener, que no siempre es así, pero que igual no varía mucho en los poderes nutricionales que se las madres le atribuyen y se utilizan en los desayunos sobre todo, entonces no toda la sierra se comportan igual. Entre los poderes atribuidos a esta preparación está el hecho de brindar mayor rendimiento de energía o fuerza para las labores escolares y otras que implican grandes esfuerzos.

4.2.3.5 Uso de alimentos para curar enfermedades.

Entonces existen creencias escondidas alrededor de la alimentación que pueden afectar para bien o para mal la salud de los niños. En los años que se ha permanecido en la comunidad, se ha reconocido en algunas familias, cualidades asociadas a los alimentos en donde su empleo no es necesariamente alimentario, pues no se utiliza como alimento.

4.2.3.5.1 El susto.

Un “susto” puede ser algo que le ocurrió al niño, las mamás siempre comentan que sus hijos paran asustados por algún motivo, sobre todo del mal de ojo y para ello se les pasa el huevo con rezos alrededor de todo el cuerpo. Pasar el huevo es una práctica muy común y es para todas las mamás de todos los lugares de donde provienen.

El cuy, que es un animal que se come, se emplea para curar, lo pasan al igual que el huevo, aunque no es muy común hacerlo al niño, sino a los adultos, a los mayores.

4.2.3.5.2 *La teta asustada.*

Un caso particular relacionado al estado de salud de una niña, dentro de una familia numerosa, fue la de la “teta asustada”.

Hay una teoría elaborada respecto de la trasmisión al bebé, del sufrimiento y del susto de la madre, sea esta trasmisión en el útero o por medio de la sangre y la leche materna. Se dice que la “teta asustada” puede dañar al bebe, dejando al niño o niña más propensos a la epilepsia (Theidon, 2004).

Esta era una niña que tenía un problema de mal nutrición, era muy enfermiza, siempre tenía problemas respiratorios, alergias. La señora me refirió de que su hija nunca iba a estar bien, le han comprado suplementos vitamínicos, la han llevado a la posta, le dan una alimentación especial, le proveen más carne o más proteína que al resto de los hijos y, sin embargo, sigue con bajo peso, se enferma de problemas respiratorios con frecuencia, tiene alergias, tiene bajo rendimiento escolar y su desenvolvimiento con los demás niños también es diferente.

Cuando se le preguntaba a la madre, me hizo a manera de confesión, de que se trataba del susto transmitido por darle “pecho”, porque ella le había transmitido un susto que ella tuvo a su hija, no quiso contar qué tipo de susto, por qué era un recuerdo doloroso para ella, pero que se lo había transmitido por su leche y que eso pasaba con su niña. Además ella afirma que en ese momento no pudo optar por otra cosa y le dio el pecho, a pesar de que sabía que estaba asustada y le pasó el susto y desde entonces la niña nunca va estar bien, ella decía que siempre iba a estar así, por más que trataran de mejorar su estado de salud.

Es probable que haya más casos de esta naturaleza, pero es uno en el que me detuve en particular.

El susto es algo que ha escuchado mucho antes de escuchar sobre la teta asustada. Los niños de alguna manera u otra, siempre están asustados, no comen por esta razón, lo de la teta asustada, más que nada está en relación a la violación sexual de la mamá que tiene un hijo. En este caso no se ha podido determinar el origen del susto de manera explícita, es un tema difícil de hablar y de preguntar.

Se encontró también otro caso de una madre de familia, que explicaba la causa de la enfermedad de sus hijos debido a la tierra.

La señora enterraba galletas y dulces, a manera de pago, porque afirmaba que la tierra estaba llevándose la energía y las fuerzas a sus hijos. Ella tenía dos hijos y estaban desnutridos y parte de la solución tenía que ver con alimentar a la tierra, para que esta no le quitara la vitalidad de sus hijos, desde luego los niños presentaban desnutrición crónica y anemia.

Este ejercicio es muy común en los pueblos del ande y se llama “pagapu”o “pago a la tierra”. Es diferente según la región en donde uno se encuentre. Es también parte de la reciprocidad andina. Dentro de la confección de la

reciprocidad, que si te dan tienes que dar, una manera de retribuir a la tierra la posibilidad de vivir en ella, es haciendo estas ofrendas.

Aunque la señora no dice “yo pago”, no ha usado el término “pagar”, me ha dicho que entierra galletas para que la tierra lo coma y no le quite la fuerza ni la energía ni la salud a sus hijos, eso es porque ella cree que la tierra es la que le hace daño a sus hijos:

“mis hijos están enfermos porque yo no le he dado a la tierra de comer”.

4.2.4 Origen de los padres o cuidadores y su relación con las costumbres alimentarias

San Benito tiene una población predominantemente andina, andina del norte, andina del sur y del centro, sin embargo, las prácticas de alimentación se han ido adoptando de acuerdo a las costumbres de la ciudad costeña, pues están ubicados en la margen izquierda del río Chillón, en las Lomas de Carabaylo, que es una zona en donde hay mucha influencia del norte chico. Se ha encontrado población predominantemente andina, de los departamentos de Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Cusco y Apurímac. Hay predilección por los alimentos de origen andino pero también se utilizan alimentos de la Amazonía.

Esta continuidad de las costumbres se expresa en el empleo, técnica y consumo de determinados alimentos y preparaciones, que al encuentro con otras culturas alimentarias confieren nuevos aprendizajes dando como resultado una cultura alimentaria familiar particular. Estos intercambios se evidencian de varias formas.

Tal es el caso de una señora que había aprendido a comer menestras porque la familia de su esposo que era del norte, le había enseñado. Ella proveniente

de la zona andina sur de Huancavelica, no tenía la costumbre de emplear menestras en su preparación diaria y da la casualidad que muchas de las orientaciones nutricionales que le dieron en el Centro de Salud y que necesitaba su niño estaban más en relación a la dieta de la familia del marido que a la suya porque en la dieta de ella, que era de Huancavelica, a los niños se les daba caldo, mucha sopa y lo primero que le habían dicho en el centro de salud, es que los niños pequeños no deben de tomar caldos ni sopas, más bien menestras, la menestra era una cosa nueva en su dieta. El caso de matrimonios entre mujeres de la sierra y varones de la costa, aunque no es frecuente este sería un caso que ilustra cómo es que las mujeres serranas han tenido que aprender a cocinar y comer aquello a lo que estaban acostumbrados sus esposos. Y este intercambio culinario debe de producirse en otros casos.

Se está hablando de la sierra sur de manera general, aunque también el consumo de caldos y sopas es una práctica masiva en muchos otros lugares del ande y en diversos pisos ecológicos. Las razones son diversas, pero en general se habla de que se emplea para calentarse y que por su consistencia líquida, no es pesado, por lo que es ideal para el trabajo del campo. Entonces se consume mucho por el frío y por el trabajo fuerte que se hace.

Existe otro caso que puede ilustrar otro fenómeno inverso: una señora de la sierra que se casó con un costeño y la dieta de ella era mejor que la del costeño porque esta dieta estaba basada en el consumo de lawas, es decir de sopas que no son caldos, sino espesas como cremas y además también, por ejemplo el consumo del “ataco”, del “yuyo”, que se hacen como un “picante” con papa y carne o queso, que es un guiso. Estos alimentos de color verde como el “yuyo” o el “ataco”, contienen hierro convirtiéndose en un alimento fuente para estas comunidades.

Se ha observado que existe una continuidad de la migración en San Benito. Existe una cadena familiar de la migración para aseguramiento de la educación

de la familia en la ciudad, y todo eso está alterando la olla familiar. Incluso los que vienen, los familiares, de alguna manera pagan su estadía cocinando o cuidando a los niños.

Cuando un familiar viene, no se quedan permanentemente, la mayoría puede permanecer dos semanas o uno o dos, tres meses, luego de los cuales regresan al lugar de donde vinieron y en otros casos lo máximo que se quedan es de un año, sobre todo cuando se trata de un niño o alguien menor de edad.

En algunas ocasiones, se ha observado que los niños matriculados en los colegios son retirados precisamente porque regresan a sus lugares de origen.

4.2.5 Estructura del sistema alimentario en San Benito

Para comprender el sistema alimentario en San Benito, tomamos como punto de base a la definición de Polain (2002), que describe el sistema alimentario como el conjunto de estructuras tecnológicas y sociales que desde la recolección hasta la cocina y pasando por todas las etapas de la producción-transformación, permiten al alimento llegar hasta el consumidor y ser reconocido como comestible. Dado que la cultura alimentaria reúne una serie de manifestaciones en torno a las prácticas de alimentación de un determinado territorio, resulta importante ubicar a las familias dentro del contexto por el que ellas pueden tener acceso a los alimentos.

La accesibilidad a los alimentos es un factor importante a la hora de desarrollar determinada práctica. Sin embargo para abordar la dimensión antropológica del sistema alimentario, conviene tomar en cuenta el hecho de que los alimentos no se desplazan solos. El funcionamiento de los canales está controlado por personas que actúan dentro de lógicas diferentes, sean

profesionales o sean familiares y también estas han de tenerse a consideración (Contreras y Gracia 2005).

Se torna fundamental entonces, reconocer la accesibilidad de los alimentos como un factor importante a la hora de desarrollar determinada práctica. En ese sentido, si el contexto del acceso se da de cierta forma, puede repercutir en su estado de nutrición y salud del niño.

4.2.5.1 Los Mercados y lugares de abastecimiento de alimentos.

El abastecimiento de los productos alimentarios que se consumen en los hogares, de San Benito y sus anexos, provienen de diversos lugares, incluso fuera de la localidad. Podemos clasificarlos según la ubicación y accesibilidad en tres grandes rubros:

- Los inmediatos, que viene a ser las tiendas y bodegas ubicadas al costado, en frente o a pocos metros de sus casas, donde el mecanismo del “fiado” es su principal modelo de subsistencia.
- Los mercados locales de san Benito, que están ubicados en zonas intermedias y
- Los grandes mercados de abastecimiento fuera de San Benito, incluyendo los Supermercados.

Sin embargo existe una práctica cotidiana de la población de abastecerse de los dos mercados locales que allí existen, uno que está ubicado en la zona baja, entre la segunda y tercera zona y otro que está ubicado en la zona alta, entre la sexta y séptima zona.

El Mercado de la zona baja, tiene la distribución convencional de los mercados de las diferentes ciudades de Lima, como sucede en los mercados

centrales en muchos lugares del Perú, distribuyendo los alimentos por secciones o productos.

Hay una fila de puestos de venta de carnes otra de venta de verduras otra de abarrotes o productos secos y de frutas. Estos puestos no son de material noble, sino de madera y plástico. Este mercado abastece de la primera a la cuarta zona.

De la misma manera sucede con el segundo mercado que abastece a la zona alta, es decir a las familias que viven de la quinta zona hasta la séptima zona y su ampliación. A diferencia del mercado de la zona baja, este sí está dentro de un local de material noble, ubicado dentro de dos o tres terrenos grandes que alguien ha techado y lo ha alquilado con puestos distribuidos como mercado. Este es el medio de abastecimiento más cotidiano de las señoras, pues se proveen no solo de los alimentos que forman el menú de todos los días, sino también de artículos de limpieza diaria. Entre los grupos de alimentos que allí se expenden tenemos: frutas, verduras, tubérculos y raíces, cereales, menestras, huevos, queso, carnes rojas, pollo y menudencias, pescado, aceite, especerías y preparaciones como jugos, panes, kekes y comidas.

Otro punto de abastecimiento de alimentos en San Benito, son las bodegas y las tiendas. Hay muchas mamás que se abastecen de las bodegas y las tiendas generando un círculo de dependencia con ellas mismas porque las mamás constantemente están fiándose productos pues carecen del dinero necesario en determinado momento ya a fin de mes llega el marido o ellas mismas consiguen un poco de dinero y pagan sus deudas, pero igual tienen que seguir fiándose, entonces se cierra un círculo que difícilmente ellas puedan romper. Además la oferta de alimentos en las tiendas es mucho menor que en los mercados.

Hay un grupo de niños que se alimenta, precisamente a partir de esa situación, de ese sistema alimentario que se ha creado alrededor de la tienda, hay otros niños que se van a alimentar del sistema alimentario mayor que tiene

que ver con el abastecimiento del mercado de la zona y también ahí hay abarrotes, lo mismo que existe en la tienda o sea, que finalmente hay más diversidad para el consumo.

El sistema del “fiado” no sólo se da en las tiendas, también en el mercado a través de las “caseras” que son las señoras, casi siempre mujeres, que atienden los puestos de expendio de alimentos y otros productos. Sin embargo, el sistema de fiado de las caseras, no resulta atractivo, frente al nivel de fiado que ofrecen las tiendas o bodegas que al estar ubicadas al costado de las casas de las madres o al frente de ellas, facilitan el traslado de los productos, ahorrando tiempo y en algunos casos, dinero en transporte, que viene a ser un costo adicional a la compra del mercado.

Las tiendas en San Benito han diversificado sus productos alimenticios, debido a la demanda de las madres a la hora de comprar los ingredientes para el menú de todos los días, siendo los más comunes de encontrar: cereales, menestras, pescado en conserva, aceite, especerías, saborizantes para las comidas, fideos, panes y galletas yogurt y embutidos, algunas pocas verduras, algunas pocas frutas, huevo y carne de pollo. También ofrecen todo tipo de golosinas, gaseosas y snacks.

Existen otros lugares de abastecimiento de alimentos que están fuera de San Benito. En el ovalo de Zapallal, a la entrada de las lomas, hay un mercado que está a media hora de viaje en bus y ésta viene a ser una alternativa de abastecimiento mayor, con más diversidad y a menor tiempo que otras. Es el Mercado de la entrada de Zapallal.

El otro mercado más importante fuera de San Benito, a donde se suele ir cuando ya se tiene más dinero y se puede ir una vez a la semana o una vez al

mes, es el mercado de Huamantanga³¹, que viene a ser un mercado de abastos, que ofrece productos al por mayor y también por menor. Para trasladarse hasta ese mercado, las familias pueden emplear “la Jota”, que es la única empresa de transporte que va hasta San Benito, siendo su paradero en la séptima zona.

También se puede emplear los autos colectivos y, recientemente y a partir del 2012, ingresó a San Benito los grandes buses azules a gas de la empresa de transporte San Felipe³², que solamente llegan hasta la entrada de San Benito.

El sistema de transporte para la adquisición de alimentos resulta importante, pues ofrece diversas oportunidades para acceder a los diversos mercados. Es así que las familias pueden elegir viajar en “la Jota”, que es un bus pequeño, conocido como coaster, hasta la primera zona con cincuenta céntimos y de ahí tomar el bus azul San Felipe, que va más rápido pues tiene paraderos establecidos y porque además tiene un tiempo determinado para el recorrido. Este costo resulta un ahorro de tiempo y dinero para las madres en búsqueda de sus alimentos.

El transporte a través de los colectivos, de alguna manera mejora el acceso de estos grandes mercados fuera de San Benito, ello porque disminuye el tiempo de traslado y porque permite el transporte de los alimentos en la maleta de los autos.

Los colectivos han existido incluso antes que la empresa de transporte “la Jota” y para llegar a San Benito se tomaban colectivos en Puente Piedra, que son

³¹ Está ubicado en el ovalo del distrito de Puente Piedra en la Panamericana Norte, más o menos entre 45 minutos a una hora de viaje en bus desde la zona alta de San Benito.

³² Estos buses van por toda la panamericana norte hasta llegar a Villa el Salvador.

unos autos que trasladan como máximo a 4 personas pero en la que puede viajar gente también en la maletera junto con los productos que compran. Estos autos van más rápido pues cortan camino por las urbanizaciones de San Pedro de Carabaylo, Santa María y Villa Club, son, desde luego, más rápidos, pero el costo es mayor por lo que no todas las familias acceden a este tipo de transporte. Finalmente el tipo de transporte dependerá de las posibilidades económicas de las familias.

En el Ovalo del distrito de Puente Piedra, existen muchas más opciones de compra de alimentos y todo tipo de productos y servicios. Existen dos grandes cadenas de supermercados como Plaza Vea y Tottus, hay juegos para los niños, están los servicios de pago para servicios básicos como agua, luz, teléfono e internet. Existen diversas tiendas de electrodomésticos y sistemas de pagos a crédito y financiamiento a través de bancos y cajas municipales, es decir, todo un polo de desarrollo económico en esa zona.

Cuando las madres se trasladan para hacer muchas cosas al mismo tiempo, no es que van todos los días, hay algunos casos de mamás que por varias razones van más seguido y una de esas porque pueden pagar el pasaje para ir más seguido porque realmente es muy costoso ir y venir, a pesar que es más cerca que trasladarse al Centro de Lima, pues les resulta mucho más caro.

Pero a pesar de eso algunas madres se pueden trasladar con cierta fluidez, pero la mayoría de las señoras se trasladan aprovechando en hacer no solo compra de alimentos sino otras compras y aprovechan para distraer a los niños, jugar con ellos un rato y recrearse. Existe una gran variedad de productos que se ofertan en estos grandes mercados, desde los productos alimenticios que se ofrecen en los otros mercados, proveniente de todas las regiones del país, hasta productos importados. También se puede comprar comidas preparadas, postres y golosinas, útiles escolares, medicamentos, artefactos electrodomésticos, utensilios de cocina, ropa, zapatos, bisutería, comida para

animales, bebidas gaseosas, juguetes, materiales de ferretería, instrumentos musicales y animales.

4.2.5.2 Actores que intervienen en el sistema alimentario.

Vale la pena señalar aquí que en San Benito existe también un nivel de tolerancia de las mamás a los caprichos del niño con respecto a la alimentación por eso sucede que algunas veces los niños pueden llegar a las tiendas y pedir algunas cosas, incluso cuando está presente la madre o no lo está.

Los niños emplean la “Patalea”, dicen “esto quiero” y las madres terminan por ceder, comprando productos de la tienda ya que están en este círculo de dependencia anteriormente mencionado.

La participación de la familia a la hora de comprar los alimentos, resulta muy importante, sobre todo cuando las compras se hacen fuera de San Benito.

Cuando se trasladan a hacer estas compras grandes se pide la ayuda del papá y otros miembros de la familia ya sea hijo, sobrino o el que esté viviendo ahí en la casa.

También se extiende esta salida con otros miembros de la familia, como los abuelos, pues aprovechan esta actividad para salir de paseo. Una salida de compras al mercado de Puente Piedra ya sea a Huamantanga, Tottus o Plaza Veá, representa un día de salida para un niño o un día de juego y para la mamá también, puede comprarse ropa por ejemplo, puede comprar los zapatos que faltan y desde luego alimentos.

Existe diferencia en el abastecimiento de alimentos para los niños que para el resto de la familia pues como habíamos tratado en el subcapítulo anterior

acerca de las prácticas de alimentación en las diferentes etapas de vida de los niños, cuando los niños son muy pequeños, antes de la primaria o cuando los niños tienen un problema de nutrición o de salud detectado (ya hemos dicho quiénes detectan estos problemas), la dieta es particular para ellos, tiene un cuidado especial, entonces se priorizan por ejemplo, alimentos como la leche, a la que las mamás le han atribuido cierto poder.

Estos alimentos que a veces tienen que comprar, no les conviene hacerlo en el mercado local, excepto que tengan que fiarse, por eso prefieren ir a los súper mercados donde ofrecen diversas ofertas de latas de leche, que puedes llevar tres unidades por dos, dos por uno, etc. Del mismo modo sucede con otros productos como yogurt o los cereales, que son los más preferidos por los niños y los más recomendados por los especialistas en nutrición³³ y los medios de publicidad.

Hay diferencias también en el consumo de los demás miembros del hogar, de lo que se comprar para el resto porque probablemente en muchos casos el resto de la familia no tiene un cuidado particular en su alimentación como lo tiene el niño, una idea que sí se ha ido masificando en estos tiempos, es que los niños necesitan un alimentación particular, diferente.

Finalmente, el pescado llega a San Benito a través de triciclos o en camionetas de comercializadores esporádicos que emplean megáfonos, parlantes o cualquier otro dispositivo para anunciar la venta del pescado. Entre los pescados que llegan a través de estos comerciantes, está la caballa y algún otro pescado más económico.

³³ El CENAN establece una equivalencia para el calcio de la leche, respecto al yogurt, que en la consejería de la posta se repite que consiste en que una taza de leche es igual a una taza de yogurt, por lo tanto si el niño no quiere tomar la leche pueden darle el yogurt. La mayoría de los niños prefiere el sabor dulce y frutado del yogurt a la leche.

4.2.6 La influencia de la publicidad y el marketing en las prácticas alimentarias de San Benito

Se ha podido identificar que algunos alimentos preferidos por las madres y los niños tienen una notable influencia de los anuncios publicitarios. La publicidad se basa en el marketing.

El concepto de marketing es una filosofía, que sostiene que el consumidor es un rey, su razón de ser y que está para servirlo (Schwalb, 2013). Este concepto está basado en el principio de la soberanía del consumidor, que dice que el consumidor es libre y soberano para elegir entre las opciones disponibles aquellas que mayor beneficio le aporten a sus propios intereses. Pero sucede que en la práctica el consumidor no es tan libre ni tan soberano para tomar decisiones porque está limitado a las opciones que encuentra en el mercado, está confundido por el bombardeo de tantos mensajes e influenciado por los subjetivos anuncios publicitarios que lo cautivan y lo inducen a actuar en un sentido que no siempre le produce el bienestar esperado.

Entonces se prefieren algunos productos, incluso se ha visto que las mamás compran hojuelas comerciales a base de cereales y azúcares como la marca Ángel porque es considerada más “una golosina” más saludable.

Se observa que son los niños los más vulnerables a la publicidad de alimentos, a diferencia de los adultos, la publicidad influye en mayor grado a la hora de comprar bienes, artefactos, ropa, aparatos tecnológicos, entre otros.

La televisión que influye en el consumo de alimentos en San Benito. Un estudio elaborado por la OMS sobre el alcance global y la naturaleza de la promoción de alimentos dirigida a niños y jóvenes y sus efectos en el

conocimiento, preferencias, comportamientos y resultados de salud vinculados a las dietas, concluye que la promoción de alimentos es la categoría de marketing que más frecuentemente se dirige a los niños y jóvenes, (WHO 2009). Este estudio además confirma que tanto en los países desarrollados como en los que no están en desarrollo hay una gran cantidad de promoción de alimentos dirigida a niño, especialmente en la forma de publicidad televisiva (Schwalb, 2013).

No solo las propagandas de televisión, sino las propagandas visuales alrededor de los centros comerciales, sobretodo en Puente Piedra a donde van hacer sus compras, hay mucha propaganda visual en carteles, afiches, volantes que te pasan, los mismos catálogos o folletos de los centros comerciales donde te ponen las ofertas, por ejemplo de Plaza Vea que entrega un folleto o catálogo.

A veces por la oferta se compran productos que no necesariamente se utilizan o se necesiten con tanta prisa como otros, pero como están en oferta y aprovechar el sistema de pago a crédito usando la tarjeta, las terminan comprando.

Algunos tienen tarjetas de los súper mercados, otros tarjetas de banco de ahorro, hay tarjetas para crédito que ofrecen los mismos centros comerciales y en ese sentido, definitivamente los medios de comunicación sí influyen en el consumo de los padres y también de los niños porque hay un tipo de propaganda que afecta directamente a los niños y muchas veces ellos deciden qué cosas se compran.

Hemos conocido casos de familias en que la hermana mayor que estaba a cargo compraba el tallarín, el tuco y nada más, si había atún era porque había más dinero, pero sino tallarín y tuco y lo movían con un aderezo con aceite y eso se comían. Ese tipo de alimentación estaría generando problemas de sobrepeso y malnutrición al mismo tiempo.

Las señoras, así tengan la posibilidad y les guste comer alcachofas o les guste comer espárragos, no tendrán la oportunidad de consumirlo como quisieran ya que trasladar esos alimentos hacia el mercado de Huamantanga o de San Benito resultaría para los expendedores de verduras, algo muy costoso, es más que probable que si ellas salieran de San Benito y vivieran en un lugar en donde ese alimento sea más accesible lo consumirían. En general son los vendedores, los comerciantes, los que definen lo que la gente va a consumir ofertando aquello que provea una buena ganancia y no se arriesgan a traer productos de menor consumo o que no sea solicitado por la gente.

4.2.7 Actores que intervienen en la alimentación y la salud de los niños

4.2.7.1 Las madres o cuidadoras.

En San Benito, ocurre muy seguido que alguien más se hace cargo del cuidado del niño y este cuidado implica la preparación de los alimentos que el niño ira a consumir, normalmente viene a ser un familiar, que en la mayoría de los casos es la abuela materna, aunque también se han dado casos de abuelas paternas porque a veces algunas de las madres viven en la casa de los suegros o en la casa del hijo que las trae, entonces la abuela paterna es la cuidadora de los niños.

En otros casos, se le delega a la hija mayor, no importando la edad necesariamente, la mayoría de las hermanas san sido menores de edad al asumir esta responsabilidad. También hay muchos casos de hermanas y primas a cargo del cuidado de los niños, que vienen a ser las tías y mayoritariamente son las hermanas de las mujeres, las que tienen a sus hijos. Existen casos menores en que es la vecina la que se queda a cargo del cuidado del niño, pero

es por un periodo menor de tiempo. Como cuando se van de compras lejos de San Benito o hacer pagos y trámites a Puente Piedra.

Las vecinas, también van a recoger al niño al colegio, si de pasada recogen a su propio hijo. El vínculo con la comunidad a través de las vecinas.

Estar al cuidado del niño, parcial o permanentemente implica una responsabilidad alimentaria también, pues las prácticas alimentarias, como hemos explicado en los subcapítulos anteriores y las creencias, costumbres y valores alimentarios que se trasladan a los niños, tienen como predecesores a los responsables del cuidado, a los actores que intervienen dentro del sistema alimentario, que en este caso son las cuidadoras de los niños.

4.2.7.2 La “presencia/ausencia” del papá en la alimentación del niño.

Se ha observado que el papá está poco presente en el cuidado del niño y más aún en las labores culinarias, pues trabaja o por lo menos sale en busca de trabajo. Durante el tiempo permanecido en la comunidad solo se ha reconocido dos casos de papás que se quedan cuidando a sus hijos mientras las mamás van a trabajar, pero no son hijos tan pequeños, son hijos que por lo menos comen y ya van al colegio inicial.

En estos casos, los padres cocinan los alimentos y tratan de hacerlo de manera que los niños quieran y puedan comerlo. Las dificultades con mayores pues carecen de diversidad culinaria, pero en ambos casos, se nota un interés por aprender nuevas preparaciones y hacer mejores combinaciones.

Pero existe otra situación en donde los padres deciden que de otra manera sobre la alimentación de sus hijos. En muchas familias se evidencia que la presencia del padre representa un cambio en la dieta del niño, sobre todo

cuando este prefiere un tipo de preparación que no representa para la madre aquello que es adecuado darles a sus hijos. Un ejemplo es el consumo de “los chaufas” que es una preparación elaborada con arroz, un poco de carne y huevo y aceite. A los niños les gusta, pero no es considerado como una preparación saludable y adecuada para la alimentación del niño, entonces surgen las peleas entre la madre y el padre, quién quiere comprar el chaufa o le quiere dar a su niño lo mismo que a él le gusta comer, que en la mayoría de los casos son preparaciones de grandes aportes de calorías, pero no de otros nutrientes y ella sabe que no es nutritivo, tiene el conocimiento, pero ante la situación contradictoria con el esposo, no le queda más que ceder.

4.2.7.3 El personal del establecimiento de salud.

Todas las mamás o cuidadoras en San Benito, han acudido por lo menos una vez donde un profesional de salud que les ha dado algún tipo de orientación nutricional, dependiendo del lugar donde se hayan atendido.

En el Centro de Salud de San Benito no hay pediatras, existe un médico general que cura a todos, que por lo general no da recomendaciones nutricionales. Sin embargo, hay enfermeras y la enfermera de crecimiento y desarrollo tiene mucho conocimiento sobre la alimentación del niño, entonces ella les da las primeras consejerías sobre alimentación que se inicia con las prácticas de la lactancia materna.

En el centro de salud muchas de las mamás o casi todas, de todas maneras han recibido algún tipo de instrucción sobre la alimentación del niño, en el centro de salud, por eso es que reciben el apoyo o la asesoría del personal, siendo el de enfermería, el más cercano y accesible.

La comunidad, desde la participación de la vecina y la casera del mercado, también intervienen en los aprendizajes sobre la alimentación del niño ya que les enseñan recetas culinarias, hacen el papel de transmitir, llevar, traer, recoger nuevas técnicas y formas de preparar un alimento, la comparte y distribuye por todo San Benito.

4.2.7.4 Las Organizaciones No Gubernamentales.

San Benito, cuenta con algunas ONG que vienen trabajando en temas de familia, infancia y generación de ingresos, tal como lo explicamos en el capítulo I

Una de las razones por las que en San Benito se vienen desarrollando proyectos, es debido al tejido social, que es muy débil y por lo observado responde a un proceso de interacción entre el acceso al trabajo y otras actividades fuera de San Benito y las múltiples carencias aunado a la añoranza de mejores condiciones de vida, más “urbana”, con mayor acceso a mercados, lo cual lleva a las familias fuera de su localidad.

También a la diversidad de orígenes, hay obviamente un predominio andino, pero no es que sea como sucede en otros lugares de Lima en que los asentamientos humanos están un buen núcleo de migrantes de una sola zona, aquí no ocurre y lo otro es que se ha ido debilitando porque los originales dueños de esas casas de familias han ido cambiando, algunos han traspasado sus viviendas y las han ido traspasando por diferentes motivos, entre ellos está alrededor de la distancia, del acceso, a las vías, carreteras, al trabajo, a la educación, a la salud.

Las ONG que trabajan allí intervienen en el aspecto alimentario, a través de talleres y capacitaciones en nutrición, así como monitoreo de los progresos en la salud del niño.

4.3 REPRESENTACIONES SOCIALES

En este capítulo vamos a señalar y explorar las representaciones sociales y significados asignados a la salud del niño y a su desarrollo, tomando en cuenta los actores y el entorno inmediato de la niña y niño. Para ello es importante tomar en cuenta la teoría de las representaciones sociales, que nace con la propuesta de Moscovici en 1961, a partir de lo cual se han tejido una serie de enfoques y corrientes, para entender este concepto y ayudar a interpretar una determinada realidad. En líneas generales podemos decir que las representaciones sociales son entidades casi tangibles que circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos, de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas (Moscovici, 2002). Para Jodelet, el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el deber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales marcados, socialmente. Las representaciones sociales son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del ambiente social, material e ideal (Jodelet, 1981).

Esta teoría ayudó a encontrar la racionalidad y la lógica del conocimiento de las madres y los otros actores responsables de la salud del niño comprendiendo que el sentido común de las personas no es una acumulación de creencias, sino un proceso de construcción que puede tener sus bases en la herencia cultural, pero que va incorporando resultados de las propias experiencias o reflexiones y adecuándose a las condiciones de vida en San Benito.

4.3.1 Representaciones y significados que son asignados a la salud, crecimiento y desarrollo de los niños y niñas

Las madres o cuidadoras señalan que para que un niño este saludable, necesita en primer lugar, una buena alimentación, sin embargo, a lo largo de las conversaciones y las observaciones en los días de trabajo de campo, cuando se habla específicamente sobre la salud de los niños, este tema está asociado al “no enfermarse”, a la ausencia de enfermedad. Para la madre o cuidadora, un niño saludable es un niño que no se enferma y es un niño además que tiene un buen rendimiento en el colegio, que hace sus tareas con facilidad y saca buenas calificaciones. En otro plano de menor importancia, se encuentra el estado anímico del niño lo cual se evidencia en la “inquietud” de este a la hora de interactuar con otros niños, en el goce del juego, esta actitud se percibe también como saludable.

4.3.1.1 Consideración respecto a la salud “si se enferma me cuesta”.

En muchas de las madres se evidenció que una de las principales preocupaciones, expresada como queja, es el costo de tener una buena salud en los niños. Un niño que no es saludable se enferma constantemente y es un gasto para la familia a pesar de que, algunas de ellas, tengan Seguro Integral

de Salud, que es el SIS. La mayoría de las mamás no están en el SIS o no lo tienen actualizado y mucho de los medicamentos empleados para curarlos tienen que comprarlos en las farmacias.

En ocasiones, cuando el estado de la enfermedad del niño resulta convertirse en un problema más grave, las familias ya saben que el establecimiento de salud no los puede atender y los tienen que llevar al hospital de Puente Piedra. Este traslado es la primera barrera que ellas encuentran para el acceso a la salud de sus hijos, no por el traslado en sí, sino por el costo que este representa, percibido para ellas como un “gasto”. Si van hasta el hospital, tienen otros gastos adicionales como comprar alimentos al niño porque tienen que hacer cola toda la mañana hasta entrada la tarde, entonces tienen que comprarse un menú, la movilidad, el medicamento y la consulta, para ellas eso es un gasto, por eso prefieren invertir en todo aquello que implique sanar al niño antes de que esto se convierta en una salida de dinero mayor.

4.3.1.2 *Invertir en la alimentación.*

En los anteriores subcapítulos hemos hablado de que hay alimentos que tienen un valor particular, un poder que otorga al niño la posibilidad de estar “fuerte y sano” y a veces se invierte mucho en la adquisición de esos alimentos, pensando que esa es la solución.

Aquí se puede mencionar el uso de suplementos nutricionales, que las mamás están dispuestas a comprar como el Pediasure por ejemplo. Esta “inversión” para dar nutrientes a sus hijos, es más notoria en los niños pequeños, es decir cuando son bebés lactantes o ablactantes, que en los mayores dentro de una familia.

Cuando son pequeños, por ejemplo en el caso de los niños ablactantes, es decir que comen y toman pecho aún, menores de dos años, las madres quieren comprar las leches especiales o leches maternizadas de las marcas Enfamil o Enfaground, con la idea de que esas leches tienen más vitaminas y va a mejorar su estado de nutricional.

De igual modo sucede cuando son más grandes y quieren darles otros tipos de vitaminas, incluso en inyectables para que el efecto sea más inmediato. En ocasiones han acudido a consulta, madres y sus hijos con problemas de apetito y desnutrición, para lo cual han venido a decir: “señorita póngale alguna inyección a mi hijito, con vitaminas para que coma...”. Desde luego la inmediatez es una característica de las madres no sólo en el tema alimentario, sino en el de salud en general. Cabe señalar que desde luego los suplementos son más efectivos e inmediatos, pero también son más costosos.

Lo importante aquí, es evidenciar que no son madres “desinteresadas” como se podría pensar y menos en relación a la salud de sus hijos, sobre todo cuando se vincula a la alimentación con la salud. No son indiferentes, ante un problema de desnutrición o alguna enfermedad, por el contrario lo tienen muy en cuenta y eso entra en contradicción con la opinión del personal de salud. Cuando hemos tenido la oportunidad de hablar, muchos de ellos creen que es descuido de la madre o desinterés el que su hijo se enferme. Esta opinión influye en el acceso al Centro de Salud y los servicios de salud en San Benito, porque si un niño se enferma, la mamá no lo quiere llevar al centro de salud por miedo a ser maltratada con este tipo de comentarios.

A esto se suma, que tienen que hacer una larga cola desde muy temprano para tener acceso al SIS y sacar una cita de atención, además sienten que no los atienden, que no los curan en realidad y que más bien hay mucho reproche.

Este reproche se ha evidenciado en mis múltiples visitas al Centro de Salud y las entrevistas realizadas al personal de salud, quienes han expresado, que las mamás son flojas y desinteresadas en la salud de sus hijos.

Lo que podemos estar evidenciando es que las mamás, al contrario de lo que cree el personal de salud, tiene un concepto de salud de sus niños, relacionado a darle una mejor alimentación, siempre que sean niños pequeños y que cuando los niños están más grandes, como en la primaria, secundaria, en la adolescencia, están listos para vivir como los adultos, sin mucho cuidado.

4.3.1.3 Significados en cuanto al crecimiento, desarrollo y estado nutricional.

Según la madre o las familias cuando se habla de crecimiento, se habla de la talla del niño y la talla del niño no está asociada al estado nutricional, sino más bien el peso es el que está asociado al buen estado nutricional.

De acuerdo con esto, si el crecimiento está asociado a la ganancia de peso, las mamás ven a un niño que ha crecido, que es saludable, solo si este ha ganado más peso, es decir que ha engordado, aunque no se ha ganado talla, por ello las madres no perciben la desnutrición con facilidad, excepto que alguien se lo diga, alguien con más “autoridad” para hacerlo como el personal de salud, una profesora u otros actores que tienen autoridad legitimada por la comunidad o ellas mismas. El crecimiento vendría a ser entonces, una idea de “desarrollo” más integral, relacionado al rendimiento académico y a la ganancia de peso.

Que la madre reconozca que su hijo está “creciendo” o diga “mi hijo está creciendo bien”, es un patrón de comportamiento médico o nutricional, que es

reciente y ha insistencia de los lineamientos de salud y nutrición del MINSA, en dónde se emplean tablas y gráficos que visibilizan el crecimiento del niño.

Para citar un ejemplo se puede mencionar lo que sucede con las poblaciones rurales en donde se ha introducido los programas sociales que tienen el componente salud y nutrición, como ocurre con el programa Juntos, en donde para evidenciar la idea de crecimiento y desarrollo de los niños, se emplean recursos como la tarjeta de control de crecimiento y desarrollo del niño, que contiene gráficos con colores, de tal forma que los padres de familia puedan mirar el crecimiento de talla del niño.

Es en el centro de salud que donde las madres empiezan a tener las nociones y emplean el lenguaje médico para referirse al desarrollo del niño ya que resulta bien difícil darse cuenta si uno su hijo está creciendo. Necesita la tabla y el monitoreo de cómo ha sido la ganancia en la curva de crecimiento.

La mamá piensa que para que un niño crezca, dependerá solo del alimento, pero ahora ya hay otras ideas alrededor del crecimiento que tiene que ver con el desarrollo integral, como es la convivencia en un ambiente armonioso. Y eso va en relación a su formación psicológica que es fundamental. Estas consideraciones tiene en cuenta la madre, “no hay que pegarles porque eso les hace daño, no hay que tratarlos mal o hay que hacerles cariño que les hace bien”.

En los últimos años este aspecto afectivo en relación a la salud y el crecimiento de los niños, se ha visto estrechamente relacionado al crecimiento y desarrollo de los niños.

Para la mamá hablar de crecimiento y desarrollo finalmente resulta lo mismo, en el desarrollo está incluido todo el tema de las potencialidades del niño para tener buen rendimiento escolar, se dice que “un niño sano que está desarrollando es un niño inteligente”.

4.3.1.4 El hijo inteligente.

En San Benito se le da mucha importancia a la denominada por ellos “inteligencia de los niños”, que no es otra cosa que el rendimiento académico dentro del aula de clases. Los padres de familia afirman que un niño “inteligente” va a poder tener buenas notas en el colegio para luego poder tener un futuro mejor porque podría estudiar más cosas y tener una mejor formación, capacitación y siendo inteligente no iba a repetir el año o sea, está asociado también a los gastos, un niño que repite el año es un niño en el que hay que gastar nuevamente porque hay que volver a comprar todos los útiles.

Esta preocupación denota en el fondo una preocupación por el porvenir del hijo. Les preocupa mucho ese tema del colegio, que sea inteligente, que tenga buenas notas, que rinda te dicen o sea, que apruebe los cursos, que no jale.

4.3.2 Percepciones sobre salud/enfermedad de los niños y niñas desde los actores en San Benito

Las enfermedades más comunes relacionadas a los niños en San Benito son las enfermedades respiratorias, descritas por el MINSA como IRAs o infecciones respiratorias agudas y EDAs o infecciones diarreicas agudas. La mayoría de niños ha tenido más de un episodio anual de problemas bronquiales, que para la madre o cuidadora del niño, está íntimamente relacionado con las condiciones climatológicas, medio ambientales del lugar geográfico donde está ubicado San Benito que son Las Lomas, descritas en el capítulo uno.

Para el caso de las enfermedades diarreicas agudas o EDAs, las mamás asocian este problema al comportamiento del niño, siendo las principales

causas el hecho de que el niño agarre la tierra objetos del suelo, manipule algún animal. Esta percepción difiere mucho de la que tiene el personal de salud.

Cabe señalar que Lomas de Carabayllo, en términos ambientales es una de las zonas más críticas de Lima Norte, pues presenta un medio urbano muy deteriorado de precaria calidad ambiental, sin infraestructura urbana (pistas, veredas, muros de contención, escaleras), sin equipamiento, sin servicios básicos, sin parques ni jardines, sin aseo urbano, con altos índices de contaminación de suelo, aire y agua ocasionada por la presencia de canteras, concesiones mineras sobrepuestas en zonas urbanas y de expansión urbana, actividades de reciclaje de baterías, viviendas sobre residuos del ex botadero, relleno sanitario, zonas urbanas que están sobre lomas, incipiente nivel de consolidación y viviendas precarias (CIDAP, 2009).

Existen además otras enfermedades que también se han encontrado mucho en niños y está asociado a un tema de saneamiento básico como fue la hepatitis. Inclusive ha habido entre los años 2009 al 2010, una epidemia de hepatitis en el colegio nacional de nivel inicial y esto debido a la inadecuada higiene en los baños, que durante varios años no contaba con agua para la limpieza, ni un personal permanente que se ocupara de esta difícil tarea, teniendo los niños muchas veces que reutilizar estos servicios higiénicos totalmente sucios. Actualmente los baños han mejorado en el sistema de eliminación de excretas contando con pozo de almacenamiento de agua para la limpieza correcta debido al apoyo de la Fundación Telefónica y otras ONG que han invertido en infraestructura. La presencia de este pozo de almacenamiento del agua conectado al sistema de eliminación de excretas, disminuyó la incidencia de hepatitis en los niños del nivel inicial.

Otra de las enfermedades referidas a la carencia de higiene viene a ser las infecciones urinarias en los niños, mucho más presente en las niñas, que está asociado más con la higiene familiar.

Otro problema de salud muy común en San Benito es la varicela, que cada vez que se presenta deviene en una epidemia dentro del aula de clases generando una temporada de ausencia de los niños, a pesar de que el MINSA envía vacunas, pero llegan al Establecimiento de Salud solo para los niños más pequeños.

La tuberculosis (TBC), también ha estado presente en San Benito a partir de un rebrote entre el año 2009 y 2010, que preocupó al personal de salud quienes ubicaron zonas de alta incidencia de contagio siendo estas las ubicadas entre la primera y la cuarta zona, encontrando una manzana donde habían focalizado casos de tuberculosis familiar, donde todo el núcleo familiar resultó enfermo de TBC del tipo multidrogo resistente (MDR), que es una TBC muy difícil de curar, que conlleva a la muerte. De este modo había casos de niños contagiados de TBC y otros varios expuestos al contagio por compartir la casa con otros miembros infectados.

Los niños son más vulnerables al contagio de TBC y la probabilidad de ser contagiado es mayor cuando hay un adulto en casa por lo que el tratamiento es brindado para toda la familia como medida profiláctica sobre todo a los niños.

Un hecho curioso es que la incidencia de casos se producía en las familias de la zona baja siendo estas las de mayor ingreso económico, con casas construidas de material noble, algunas con internet incluso. Estas casas no tienen agua de red pública aún pero cuentan con instalación completa dentro de la casa, es decir que emplea un pozo que la cisterna llena y pueden obtener agua de manera más cómoda, tienen además una mejor infraestructura y no hay hacinamiento, que es lo que ocurre en las zonas de arriba.

4.3.2.1 Percepción del binomio Salud/Enfermedad del personal de salud.

“Si el niño está desnutrido o no tiene un cuidado en la higiene por parte de la madre, es culpa de la madre que se vaya a enfermar”

Personal de enfermería del EESS San Benito.

Si bien es cierto que algunas de las causas de las enfermedades en San Benito están relacionados al acceso al agua o la contaminación ambiental, es necesario mencionar que muchos episodios de enfermedades también están asociados a otros aspectos que difieren del discurso de las madres y que como profesional de la salud comprendo bien y mejor esta lógica.

Uno de ellos es el problema nutricional, lo menciono porque en esta etnografía se intenta poner todos los planos posibles y entre los más importantes para la comprensión de lo que sucede alrededor de la salud del niño es lo que la mamá o cuidadora del niño cree, piensa, reproduce y reafirma y lo que el personal de salud al mismo tiempo cree, piensa, reproduce y reafirma a partir de un discurso oficial de la salud.

Si partimos del discurso del sistema oficial de salud, podemos afirmar que los niños se enferman porque tienen deficiencias de algunos nutrientes ya que un buen estado nutricional, los harían más resistentes a las infecciones. Esa es la razón que respalda una política de salud de parte del Estado peruano, que ya tiene muchos años en administrar suplementos de Vitamina A, Zinc, Hierro y multimicronutrientes.

4.3.2.2 Percepción del binomio Salud/Enfermedad por parte de la madre o cuidadora del niño.

La mamá establece que los problemas respiratorios están directamente relacionados al clima, a la humedad, a la tierra, al polvo y muchos otros aspectos propios del contexto ambiental, geográfico, social y organizativo de San Benito, como el hecho de que no sea una zona urbanizada, definida por pistas, veredas, parques y jardines y con carencia de agua potable de red pública.

Aunque el camión cisterna provee de agua tres veces por semana, esta es de mala calidad, refiriendo todo el tiempo que es de dudosa procedencia y resulta mucho más costosa, de lo que se pagaría en teniendo agua de red pública.

Otro aspecto importante para la presencia de estas enfermedades es la higiene, reconocida como situación problemática ya que el hábito de lavarse las manos está sujeto a las condiciones y el acceso del agua.

En cierta ocasión una de las madres de familia refirió que los niños no se querían lavar las manos y la cara porque el agua es muy fría ya que esta proviene del camión cisterna y se almacena en tachos y contenedores que enfrían el agua a diferencia del agua de red pública que es corriente y que normalmente tiene una temperatura del ambiente.

En el año 2009, la ONG Cidap hizo un informe diagnóstico donde revelaba que en esta zona predominan las enfermedades de origen ambiental (males a la piel y vista, diarreas, parásitos, enfermedades respiratorias, entre otros), además de evidenciar un envenenamiento de la población de Lomas de Carabayllo, especialmente de las poblaciones aledañas a la zona donde se realizaban actividades de reciclaje de baterías (quema para extracción de plomo), como Valle Sagrado y Cruz del Norte. Según el diagnóstico realizado a niños, niñas y

adultos de la zona de Valle Sagrado los valores superan entre 2 a 5 veces los límites permitidos en la población infantil así como adulta, teniendo efectos altamente peligrosos por los daños irreversibles a nivel del sistema nervioso y psicomotor, daños que ocasionan la disminución del Coeficiente Intelectual, Saturnismo además de mal desarrollo y bajo crecimiento de niños y niñas.

Esta situación es evidente no solo para la madre o cuidadora del niño, sino para cualquiera que pasará por la zona ya que muchos de los automóviles bordeaban el relleno sanitario, muy cerca de San Benito, saliendo hacia la carretera Panamericana Norte.

La presencia de vientos fuertes en algunos meses del año contribuirían a trasladar las partículas contaminantes a San Benito, ya que ha habido momentos en que los vecinos han referido ventarrones que se han llevado techos o sea, hay una temporada de vientos, una temporada de humedad, todo eso en definitiva no es ajena a la población y reafirmaría la idea de que los problemas respiratorios y alergias de los niños están inminentemente asociados a las condiciones geográficas y medio ambientales de las Lomas.

Todo esto nos dice que el cuidado en la higiene y la presencia de agua resulta determinante en la aparición de enfermedades de tipo EDAs, por lo tanto la madre o cuidadora del niño, identifica alrededor de las prácticas de higiene, los principales problemas.

“lavarlos, bañarlos, cambiarlos es más difícil, el agua es muy fría, es cara, poco accesible, quizás hasta contaminada”.
(Madre de familia, en una visita domiciliaria).

4.3.2.3 La “buena salud” y la “buena alimentación”.

Como hemos evidenciado anteriormente, las madres o cuidadoras de los niños, asocian la “buena salud” a la ausencia de enfermedad, el buen rendimiento en el colegio, el estado anímico del niño “niño activo, despierto”, e incluso al hecho de que tenga apetito “que quiera comer”.

Todos estos conceptos han sido adquiridos en un proceso de construcción, a partir de su entorno inmediato que es la familia, la escuela, de los lugares en donde han socializado estas madres, como es la comunidad, el barrio, las organizaciones sociales en las que se han integrado, incluso en el Establecimiento de Salud.

Sin embargo vale la pena señalar que no que todas lo piensan, no son conceptos generalizados. Existe de todas formas una población de madres y responsables de la salud del niño que ignora y no logra asociar estos aspectos de buena alimentación y buena salud con la ausencia de enfermedades, el estado anímico del niño o el rendimiento escolar.

Lo que resulta generalizado, sin embargo es la asociación con la alimentación, lo que no significa necesariamente que identifiquen una “buena alimentación” de otras. Lo que resultó evidente fue la dificultad de pasar del discurso a la acción porque ellas lo asocian, pero cuando hay que cambiar un hábito, por ejemplo “no le des sopa”, porque la sopa lo adelgaza y dele menestras, puede ser que haya ahí un conflicto de interés valorativo.

Como hemos citado anteriormente la sopa es una preparación rápida, simple, económica y es fácil que el niño la tome sin mucho esfuerzo, entonces el valor que la madre le da a la sopa es mucho mayor al valor que le da a la menestra, que es una preparación que implica una inversión de tiempo en la cocción, esfuerzo y dinero, pues va demorarse en cocinarla, le va a costar más caro y el niño no lo va comer, va tener que pelearse con él para que la acepte, siendo esta una inversión de más tiempo y de menos tiempo invertido para las actividades productivas remuneradas.

Esta es la razón por la cual la elección de la madre, se encuentra por encima del conocimiento de una “buena alimentación”, es un tema de costo-beneficio lo que prima finalmente en la vida y en el cotidiano son muchos más los factores que hacen que no lo haga.

Hay un aspecto también de la salud de los niños asociado al ánimo del niño, al estado anímico, es decir, un niño sano, saludable que crece, que se desarrolló, un niño que, además tiene ánimo, juega, es travieso, es alegre, contento. Es un indicador, siendo bien comprendido y reafirmado por la mayoría de las madres y cuidadoras. Incluso, el rendimiento académico en el colegio no necesariamente puede ser un indicador de buena salud, pero siempre el deseo es que tengan un mejor rendimiento.

Otro aspecto relacionado a la buena salud de los niños es el color de la piel. El color claro es percibido como “pálido” y por ende como un problema de salud. No se trata del color de piel característico de la persona según su origen, sino que está en relación al cambio de color que delataría un problema de salud.

Un niño que está “pálido” o que la piel le cambia de color, siendo este más claro, es un niño desnutrido y resulta interesante porque puede ser confundido con el niño que tiene la piel más clara en un salón de clases y sin embargo se comprende perfectamente la diferencia entre una palidez adquirida y una genética.

En el año 2009, cuando comenzó esta investigación, en San Benito había un conocimiento poco claro y acertado sobre el tema alimentario y sin embargo se estaban ejecutando una serie de proyectos sociales del sector privado dirigidos por instituciones y ONG, con la finalidad de mejorar la salud de la población infantil como fue y sigue siendo la ONG Warmi Wasi y Plan Internacional. Del mismo modo estaba la fundación Telefónica invirtiendo en una mejor infraestructura del colegio inicial, además que el Ministerio de Educación había contratado nuevas profesoras, profesionales especialistas preocupadas por el

tema de la salud de los niños, muy diferentes a las personas que estaban antes y el Ministerio de Salud que a través del Establecimiento de Salud ofrecía un servicio de Nutrición y un programa de alimentación. Todo esto nos indicaba que San Benito ha estado en el ojo de muchas instituciones que se han encargado de promover mejores condiciones de salud para los niños y sus familias y sin embargo el conocimiento y los aprendizajes en esta temática no se ha evidenciado claramente en un cambio de hábito o de decisiones que mejoren la salud de los niños y que se oponen totalmente a las ideas de una alimentación saludable, como es el tema de baja de densidad calórica de las preparaciones que vienen a ser los caldos, las agüitas o el consumo preferencial de leche.

A pesar de estas distancias entre conocimiento y práctica, existen esfuerzos por mejorar en este aspecto, como por adquirir alimentos de mejor calidad.

4.3.2.4 Frustraciones y dificultades en el manejo de la salud/enfermedad de las madres y cuidadoras de los niños.

A menudo existe una asociación entre la ausencia de higiene y limpieza o cuando menos el escaso cuidado en este aspecto, con la presencia de enfermedades de tipo infantil. Del mismo modo ocurre con el dinero o la capacidad adquisitiva de las familias, sin embargo no es la carencia económica, ni la pobreza en su amplia dimensión y ni siquiera se puede afirmar que la violencia familiar doméstica, las que estarían directa e íntimamente relacionadas a los problemas de salud de los niños.

Existe un factor importante como es el aspecto emocional de la madre y los constantes estados de frustración por las que estarían atravesando.

Son razones “escondidas” que podrían estar en otro plano del imaginario, incluso inconscientemente, como deseos no expresados con relación al estar ubicadas en un lugar que no les corresponde ni responde a las expectativas de vida que tenían o que hubieran querido tener para ellas mismas.

Esta observación aunque no es general ni sucede con todas las familias, resulta ser capital en aquellas en donde se evidencia un maltrato infantil. Las madres viven una situación de frustración, que podría estar conduciendo al descuido de la atención de sus hijos, incluso exponiendo su vida a peligros constantes.

“Hoy fui a visitar a Dina, una señora dirigente del comité del Vaso de Leche, una líder de su comunidad, reconocida ampliamente por los vecinos de la zona. Tenía tres hijos, uno de ellos, el último, se había quemado extensamente involucrando casi la mitad de su cuerpo, porque le cayó el agua hirviendo de la cocina. Después de lamentar esta situación de niño, la señora me mostró donde ocurrió el accidente, me hizo entrar a su casa y me mostró una pequeña cocina cuya hornilla visiblemente estaba mal pues se encontraba suelta de la cocina, no sostenía el recipiente que se pusiera encima, para lo cual, si se quería hacer hervir agua, esta necesitaba de mucho equilibrio y esfuerzo con tal de que la olla no bailara y cayera al suelo. De esta manera se había quemado el niño, que gateando se trasladaba a todos lados y ella sabiendo que era posible que sucediera no hizo esfuerzos en solucionar el problema o aislar al niño del lugar. Había pasado casi una semana del accidente y todo seguía igual. Dentro de mi indignación le llegue a decir: “mira cómo está el niño”, “y no la has arreglado aún?”. Pero mi sorpresa mayor fue cuando me contó que nunca llevo al niño a un centro de salud y que decidió aplicar

ají en las quemaduras del niño, pues alguien se lo habían recomendado como método de curación. Me contó que el niño lloraba todo la noche, sufrió mucho, al punto que los vecinos le dijeron que cuando menos comprara algún medicamento en la farmacia. Compró una pomada para las quemaduras que fue aplicando con el paso de los días. Las cicatrices del niño eran impresionantes, pero más impresionante fueron las decisiones que tomó y no tomó para llegar hasta ese punto en donde expuso la vida de su hijo.

Notas de campo 2009

En estos casos nos preguntamos ¿qué podría estar pasando allí? Desde una mirada superficial podría entenderse como un nivel de descuido grave de la madre de no interesarse por dónde está el niño, porque de repente podría quemarse, aún más sabiendo que existe una hornilla que está mal. ¿Por qué no lo atiende adecuadamente luego de la quemadura?, se podría terminar afirmando lo que muchas personas creen a simple vista como una madre que no quiere a sus hijos.

Desde luego que esta mujer quiere a sus hijos, pero vive una vida de frustración, pues ser madre de tres niños no era lo que quería para ella. Es dirigente del Vaso de Leche y ella me decía: “yo siento que debería dedicarme más a la dirigencia, si no hubiera tenido todos esos hijos yo sería otra cosa”, “porque yo sé que como dirigente puedo mover masas, me gusta eso”.

Dina tenía capacidad de persuasión, de convencimiento, hablaba bastante bien en público, gestionaba recursos, sin embargo en el plano doméstico, dentro del hogar, no se comportaba como una madre cuidadosa ni preocupada por la salud de los niños, pues echaba la culpa de su situación frustrante a los hijos.

4.3.3 Representación de la causalidad de la enfermedad.

Las razones por las cuales se pueden explicar la presencia de enfermedades en la salud de los niños son diversas y obedecen a distintos órdenes, descritos anteriormente como el aspecto climático, geográfico, urbanístico y político.

El factor climatológico es un factor íntimamente asociado a la enfermedad, al igual que la contaminación ambiental descrita anteriormente. Aunque el factor climatológico y la contaminación ambiental, son cosas distintas, ambas se relacionan en cuanto que la humedad y los vientos propios de la zona geografía que son Las Lomas, conduce los poluentes ambientales y otros contaminantes de los residuos de las fábricas artesanales y relleno sanitario de la zona.

Cuando llega el invierno también hay una baja de la afluencia de niños en los colegios, en los controles de crecimiento y desarrollo en el Establecimiento de Salud o cualquier otra convocatoria de algunas de las instituciones públicas y privadas ya que las mamás no pueden sacar a sus hijos fuera de sus casas por causa de las lluvias intensas o garuas prolongadas que generan grandes charcos de agua y lodo, que dificulta el desplazamiento por toda las zonas. La humedad y neblina constante de las Lomas, acentúan los grandes lodazales que bajan por las calles cubriendo todo los espacios de tránsito. Se requiere de botas de hule para poder trasladarse y ropa muy abrigadora. De esta manera se reafirma la idea de que el aspecto climático de las Lomas es un factor causal para la presencia de enfermedades o el riesgo a padecerlas, sea por la dificultad en el acceso mismo a los servicios o por la intervención del frío y la humedad.

El aspecto socio económico del hogar y la situación laboral de los padres.

Ciertamente existe una correspondencia entre pobreza y presencia de enfermedades, entendiendo la pobreza no sólo desde un punto de vista monetario, sino también del acceso a servicios básicos y del cumplimiento de derechos ciudadanos y obligaciones del Estado, es decir hablamos mejor del nivel socioeconómico de la población, descrita en el capítulo I. En esta misma línea cabe mencionar que el grado de instrucción del jefe del hogar resulta ser determinante en el acceso a la salud y un mejor estado nutricional del niño. Esto no es reciente, el INEI ha establecido hace varios años que existe una alta asociación entre el grado de instrucción de la madre y la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años. Además cabe mencionar que para el caso de San Benito, el jefe del hogar puede no ser el papá o la mamá, sino el aquel que tiene alguna autoridad, legitimada por los demás miembros del hogar. En San Benito se reconoce que la pobreza y el nivel socioeconómico de las familias, es una causal de enfermedad, por la falta de dinero o de una fuente permanente de ingreso a partir de un trabajo fijo, situación de difícil acceso por el grado de instrucción del jefe del hogar.

“El agua es el problema”

El agua está íntimamente asociada a los problemas de salud en San Benito, sobre todo en niños. La carencia del agua en San Benito, ha generado una serie de argumentos que explican porque los niños se enferman con más frecuencia. Por ejemplo un argumento muy empleado es el hecho de que el agua que trae el camión cisterna viene de dudosa procedencia, por lo que ésta sería la responsable de la proliferación de parásitos.

En el año 2007 una ONG llamada CESAL, hizo una toma de muestras del agua de los camiones cisternas y encontró una carga de bacteriana muy alta. Es allí donde se propagó la idea de que el agua de las cisternas han estado infectando a los niños de parásitos. Este análisis no está lejos del análisis que hace el Ministerio de Salud sobre la proliferación de parásitos.

El agua es un tema en San Benito muy importante porque el agua hace posible que las madres tengan un mejor control de las infecciones producidas por contaminación a través del lavado de manos adecuado, cuya adecuada práctica prevendría el contagio de muchas enfermedades incluyendo la parasitosis, su ausencia hace difícil la práctica adecuada y frecuente. Además en el invierno el agua es muy fría y hacer la higiene personal cuesta más trabajo. Si el agua está fría el niño no se lava la mano o no le lavan la mano, si el agua es poco accesible también sucede lo mismo. Del mismo modo la higiene personal también está en relación con la higiene de la casa y en relación con la salud del niño.

“Si hubiese agua sería la vida más cómoda, no estar cargando, no estar jalando
y encima es más cara”

(Madre de niño menor de 5 años.)

Un caso emblemático de la carencia de agua y las consecuencias en la salud infantil, es precisamente lo que sucedió en los baños del colegio nacional de nivel inicial. Los baños del colegio no tenían un buen sistema de abastecimiento del agua y eliminación de excretas, suscitando una epidemia de hepatitis. La Hepatitis, es una enfermedad que se transmite por los excrementos o por alimentos contaminados con esos.

En los años 2010 y 2011 se hicieron dosajes para diagnosticar parasitosis en niños, teniendo como resultado una gran prevalencia de parásitos. En el primer año de evaluación la mayoría de los niños evaluados presentaron parasitosis y en segundo año todos los niños evaluados presentaron parásitos (ver Cuadro N°2 y N°3).

Cuadro N° 2**Prevalencia de Parásitos Encontrados en campaña de despistaje de anemia y parasitosis 21 de Agosto del 2010**

Resultados	N° Niños	%
- Negativo	21	48%
+ BH	10	23%
+ EC	2	5%
+ GL	2	5%
Falta entregar frascos	9	20%
Total	44	100%

Fuente: Informe de la Campaña de despistaje de Anemia y Parasitosis. ONG Warmi Huasi. 2010

Cuadro N° 3

Prevalencia de Parásitos Encontrados en campaña de despistaje de anemia y parasitosis 26 de Febrero del 2011

Pruebas de Parásitos		
Tipo de Parásito	N° de Niños	% de Niños
Blastocystis Hominis	15	34
Giardia lamblia	12	27
E.coli	15	34
Hymenolepsis Nana	2	5
Total	44	100

Fuente: Informe de la Campaña de despistaje de Anemia y Parasitosis. ONG Warmi Huasi. 2011

En todos los casos las madres asociaron esta situación a la carencia del agua. Los profesionalmente de la salud decimos que una alimentación completa y balanceada, proporciona una buena barrera de defensiva contra las muchas enfermedades, pero lo cierto es que muchos de los problemas de salud y malnutrición de este país se solucionarían, si hubiera un mejor abastecimiento de agua y desagüe. En general y a nivel nacional este país necesita mejorar el sistema de abastecimiento del agua. Lo que sucede en Iquitos nos puede servir de ejemplo ya que es la región que ha ido aumentando en cuanto a los niveles de desnutrición, llegando a alcanzar al trapecio andino, que son los departamentos de Huancavelica, Apurímac y Ayacucho, siendo la tercera región

con la más alta prevalencia de desnutrición crónica y con el peor sistema de alcantarillado y de acceso al agua segura.

El tema de la higiene y la manipulación de alimentos también es un tema asociado directamente al estado nutricional en San Benito. Las mamás dicen que si hubiera agua mejorarían mucho en cuanto a la limpieza y la higiene del hogar y los alimentos, sobre todo porque la mayoría se queja de que los niños siempre están metiéndose objetos a la boca o agarrando el suelo y llevándose las manos a la boca y como no tienen un control de ello resultaría importante y necesario mantener los espacios limpios. Pero limpiarlos resulta más factible si el acceso al agua fuera permanente, si es que pudieran lavarles las manos a los niños o si pudieran hacer un correcto lavado de los alimentos para evitar las enfermedades transmitidas por los alimentos.

La idea de desarrollo integral.

Se ha encontrado en San Benito una idea de desarrollo del niño cada vez más compleja, en donde se conjugan los aspectos psicológicos, emocionales y éticos, que se evidencia en un discurso en contra de la violencia hacia sus hijos, como el hecho de que no le peguen a los niños o que no haya violencia en la familia o de pareja que maltrate su salud psicológica.

A partir de allí se habla de la buena salud o buen desarrollo del niño en San Benito alrededor de aspectos que promueven ambientes saludables, de interacción con la comunidad fuera de peligro.

Para las madres o cuidadoras de los niños, la idea de “urbanidad” como parte de ese desarrollo integral se sustenta bajo este mismo discurso ya que la delimitación de los espacios de tránsito como pistas y veredas, parques y jardines, le otorgaría a San Benito una condición de lugar saludable para un

niño. Cuando se maneja este discurso, la alimentación del niño pasa, a un segundo plano ya que las mamás aseguran alimentarlos bien, siendo el medio ambiente que los rodea, caracterizado por esta carencia de agua y condiciones climatológicas de las Lomas, más las condiciones de “no urbanidad”, las causantes de la desnutrición y las enfermedades de los niños.

“ellos no tienen dónde correr, acá no hay un parque, el polvo entra a la casa, los animales hacen en donde sea y traen las enfermedades, eso ha hecho incluso que varias vecinas se hayan cambiado de lugar, se hayan mudado”
(Madre de familia de niños menores de 10 años, 4ta zona)

Esta idea legitima el hecho de que San Benito no es un buen lugar para vivir y que la mejor opción es cambiar de lugar, aunque desde luego sea costoso.

4.3.3.1 Percepciones y opiniones con relación a los servicios de salud.

Los servicios de salud oficiales en San Benito.

Un servicio oficial de salud, es aquel que traslada y reproduce una serie de lineamientos que se encuentran respaldados por instituciones con autoridad en la materia como el MINSA, la OMS y otras más que a través de un modelo científico más positivista, se han denominado como “verdaderas recomendaciones”, de “comprobada calidad” y “demostradas ampliamente” por investigaciones de su mismo tipo. En san Benito este modelo oficial de salud muchas veces no puede ser contradicho ni puesto en cuestionamiento por las madres y cuidadores de los niños, pero si puede ser prescindible para ellos.

El servicio oficial de salud de mayor nivel en donde se atienden los niños y familias de San Benito es el hospital llamado Carlos Lanfranco La Hoz, que viene a ser el hospital más importante de esa zona, ubicado en el ovalo de Puente Piedra a 45 minutos en bus. Aquí las madres pueden ir a dar a luz, atender problemas de mayor complicación como cirugías y tratamientos que necesitan internamiento.

Otro de los servicios oficiales de salud viene a ser el Establecimiento de Salud de San Benito, que tiene algunos servicios básicos, como un consultorio de medicina obstetricia, control del crecimiento y desarrollo del niño y nutrición, este último funciona parcialmente sólo tres veces por semana. Sin embargo existen servicios que tienen mayor demanda, como el de pediatría, que no existe, así como odontología, que tampoco hay.

Dentro del sistema oficial de salud se han establecido un conjunto de estrategias sanitarias que permiten el control de los problemas de salud de carácter público y enfocado al control de rebrotes y epidemias.

En ese sentido en el establecimiento de salud de San Benito se manejan las siguientes estrategias sanitarias:

1. Control de zoonosis, que se encarga de vigilar el contagio de enfermedades transmitidas por animales, como la rabia, el dengue y últimamente el Chicunguya.
2. Control de crecimiento y desarrollo del niño sano, que corresponde al control de peso y talla, las vacunas y nutrición.
3. Control de Tuberculosis, que se encarga del manejo de esta enfermedad y un programa alimentario de apoyo.

Además de las estrategias sanitarias, funciona dentro del establecimiento de salud una farmacia, en donde solo se encuentran algunos de los medicamentos que se recomiendan, incluso aquellos muy elementales, motivo por el cual

pobladores deben buscar otras opciones farmacéuticas alrededor. Inclusive, de acuerdo al Sistema Integral de Salud (SIS), a los niños les corresponde los medicamentos gratuitos, pero, a decir verdad, muchas veces estos medicamentos no están disponibles en esta farmacia y el SIS pasa a ser un sistema ineficaz.

Varios de estos servicios se han ido modificando con el tiempo, incorporándose poco a poco más estrategias sanitarias, sin embargo la calidad de estos servicios y de los profesionales que los atienden, son y han sido desde siempre en San Benito fuertemente criticados y sujeto a reclamos constantes de la población.

Dentro del sistema oficial de salud también existen otras ofertas de servicios de salud, como es el Policlínico Parroquial Santa María, que está ubicado cerca del ovalo de Zapallal, en la avenida Panamericana Norte km 34, que es un lugar poblado por donde se ingresa hacia las Lomas de Carabayllo por la altura del cementerio. Este policlínico está ubicado a cuarenta minutos de San Benito y es después del establecimiento de salud, la opción más cercana. Este policlínico que es particular, es de origen religioso, instalado allí por medio de la diócesis de Carabayllo, es decir que es un policlínico parroquial y el servicio es bastante económico ya que es parte de la proyección social de la diócesis.

Las familias que tienen más dinero y pueden llevar a sus hijos allí, afirman que hay una mejor atención, aunque estas no incluyan medicamentos, lo cual ya no es una molestia ya que a través del SIS tampoco se encuentran los medicamentos en el establecimiento de salud de San Benito y finalmente se compran en las farmacias.

Situación jurisdiccional de los establecimientos de salud en las Lomas de Carabayllo.

Según el sistema oficial de salud que representa el MINSA, todos los establecimientos de salud de las Lomas de Carabayllo pertenecen a la Dirección de Salud V Lima Ciudad (DISA V Lima Ciudad). Esta DISA contiene a varios distritos de Lima Norte y de Lima centro organizadas en varias redes de salud, como por ejemplo la Red Tupac Amarú, donde se encuentran los establecimientos de salud de Carabayllo y la Red Lima Norte IV donde se encuentran los establecimientos de salud de Puente Piedra. Es aquí donde provienen los problemas de administración y acceso a la salud ya que San Benito está ubicado, como ya se dijo anteriormente, a la margen izquierda del río Chillón, es decir del lado de la carretera Panamericana Norte, en donde están los distritos que pertenecen a la Red Lima Norte IV, pero jurisdiccionalmente pertenece al distrito de Carabayllo, que está bajo la administración de la Red Túpac Amaru, precisamente del otro lado del río Chillón a la margen derecha de la carretera Túpac Amaru. Entonces el MINSA dispuso que haya distritos que dividan su población en dos redes de salud, como ocurre en Carabayllo en donde el 86% de la población se atiende en la Red Túpac Amaru y el 14% en la red lima Norte IV. Ese 14% incluye las poblaciones de San Pedro de Carabayllo, Juan Pablo II y San Benito, por lo que implica que a pesar de estar dentro del distrito de Carabayllo, siguen siendo reestructurados como parte de los otros distritos de la Panamericana Norte y esta condición sería un problema para la atención de salud. Incluso aquí aparece la necesidad de un puente que pueda unir a las Lomas con su distrito, siendo las familias aquellas que siempre hablan del puente pues podrían acceder a muchos servicios del otro lado del río, como la comisaría y otras instituciones del Estado, a nivel político, de ayuda que están del otro lado del río, entonces ellos van hacia el lado del distrito a donde no pertenecen, que es Puente Piedra, Ventanilla, allí queda el hospital, este hospital atiende los casos más complejos, cirugías, dan a luz las mujeres y esos son los más cercanos.

Otra siguiente opción para la población de San Benito dentro del sistema de salud oficial es el llamado Hospital de la Solidaridad que está a unas pocas

cuadras del hospital nacional en el ovalo de Puente Piedra. Este hospital denominado como Sistema Metropolitano de la Solidaridad- SISOL, es un organismo público descentralizado de la Municipalidad Metropolitana de Lima, que actúa con autonomía técnica, administrativa, económica y con patrimonio propio, por lo cual la consulta y cualquier otro servicio que ofrezca tiene un costo.

Este modelo de atención de la salud, resulta cómodo para aquellos que cuentan con mayor poder adquisitivo o pueden y desean invertir en salud ya que existen personas en San Benito que teniendo la posibilidad de gastar dinero no necesariamente es invertido en salud. Normalmente este hospital es un recurso que la población emplea cuando están cansados de que el sistema oficial público o estatal sea tan lento, tan burocrático y con una mala atención a los usuarios.

Por otro lado cabe señalar un detalle interesante de San Benito, en todo este periodo de la investigación no se ha evidenciado servicios particulares de salud dentro de la misma localidad, como consultorios de médicos y otros especialistas en salud como si los hay en otros AAHH como en Juan Pablo II. Del mismo modo no hay cadenas de farmacias como en Puente Piedra y el resto de la ciudad siendo estas muy importantes pues forman parte de las primeras instancias de salud para la curación de las enfermedades ya que estas boticas o farmacias de barrio funcionan como pequeños centros de consulta médica en donde el vendedor o vendedora, que no necesariamente son químicos farmacéuticos, es más, en la mayoría de los casos son técnicos en farmacia, les brindan algunas recetas de acuerdo a los síntomas del niño referidos por la madre.

No resulta difícil para ellos deducir la enfermedad del niño a través de los síntomas, porque tienen el conocimiento de los fármacos que corresponden a

las enfermedades, de acuerdo al sistema oficial de salud. Todos estos servicios forman parte de los servicios oficiales de salud.

La calidad de la atención del personal del establecimiento de Salud.

La calidad humana de los profesionales se ha visto siempre criticada, a partir de una serie de episodios que le reafirma a la población de San Benito una idea constante de que son los peores profesionales de salud los enviados a trabajar a este establecimiento.

Cuando se habla de “calidad”, no se refiere solamente a la condición de profesionales con experticia en su área, sino también a la actitud de respeto y buen trato que brinda a la población usuaria de San Benito.

La opinión favorable de las madres está en relación a la atención personal que el profesional de la salud brinde bajo dos cualidades, que podemos definir como “empatía” y “carisma”, ambas parecen ser importantes para el trabajo en salud comunitaria en San Benito. Esta empatía implica lograr una muy buena relación con las mamás basada en la capacidad para comprender su situación y tener un verdadero interés de ayudarlas. El carisma, está relacionado a la capacidad para transmitir información y persuadir con interés sobre los cuidados de la salud de los niños.

En este sentido es donde ha habido muchos comentarios de desconfianza de las mamás con respecto al médico que atiende el único consultorio en San Benito. No es alguien que tenga una buena relación con las mamás, por el contrario, alrededor de ese médico hay muchos comentarios de su ineficiencia y su poco interés en atender las verdaderas necesidades de los pacientes.

Entre las averiguaciones que se hicieron con respecto a este tema, nos informaron que este personal estaba siendo sancionado por un asunto de

corrupción en otro establecimiento de salud y que la Dirección de Salud (DISA) lo había sancionado enviándolo al establecimiento de salud de San Benito como médico jefe. Lo grave de esta situación es que pareciera que este hecho sucedió y sucede con los demás profesionales de la salud que atienden en San Benito. Es así como estas informaciones se han circulado por San Benito, generando la desconfianza de la población.

Existió sin embargo el caso de la enfermera del control de crecimiento y desarrollo del niño, por quien las madres sentían una verdadera confianza y buen trato. Algún tiempo después fue “ascendida” y la cambiaron de San Benito a otro centro de salud, llamado Juan Pablo II que tiene mejores servicios y está más equipado.

Si bien Juan Pablo II es el más próximo y cercano a San Benito quedando ubicado en las Lomas, este traslado no implica que las condiciones laborales y logísticas sean iguales a las existentes en el establecimiento de salud de San Benito, por lo que un traslado sugiere mejores condiciones de trabajo y de realización profesional que en San Benito. Lo mismo sucedía con la nutricionista, de quien se recibía muy buenos comentarios con respecto a la buena calidad humana y profesional, salvo el hecho de que el consultorio no podía atender todos los días ya que la nutricionista estaba destinada para la atención de ambos establecimientos de salud, San Benito y Juan Pablo II, de lunes a sábados, estando lunes miércoles y viernes en San Benito y martes, jueves y sábados en Juan Pablo II. Algún tiempo después, también fue ascendida con un traslado fuera de las Lomas y ocupando un cargo a nivel de la micro red de salud de Puente Piedra, lo que implicaba una mejor condición laboral.

Ambos hechos evidencian que San Benito se encuentra bajo la categoría de lugar de “castigo” o “sanción” a donde se envía personal de salud de dudosa reputación profesional que no desea quedarse allí pero que se ve obligada a

hacerlo y que salir de allí implicaría alcanzar un mejor status laboral y profesional que no pasa por un tema de aumento salarial sino más bien de desestigmatización. Esto podría estar alimentando el rechazo de la población de San Benito a su comunidad, lo cual se sustenta en el estigma que tiene San Benito, de ser un lugar no deseado.

Las contradicciones en el Acceso a los servicios de Salud.

El establecimiento de salud Juan Pablo II está ubicado en el AAHH del mismo nombre, colindante a San Benito y es el otro servicio oficial de salud al que pueden tener acceso los pobladores. Sin embargo por razones jurisdiccionales y de límites, existen muchos problemas para acceder a este servicio.

Las familias que viven en las primeras zonas de San Benito, de la zona I a la zona III, están mucho más cerca de Juan Pablo II, que del establecimiento de salud de San Benito, sin embargo cuando van a atenderse a este establecimiento no les conceden la atención porque su DNI dice que viven en San Benito. Lo mismo sucede con aquellos que viven en el extremo del AAHH Juan Pablo II colindante con San Benito, a los que les resultaría más cerca acudir a San Benito que a Juan Pablo II, sin embargo no se les permite por estas mismas razones. Esta lógica jurisdiccional que proviene del sistema oficial de salud se opone a una lógica de bienestar de la población, generando mucha molestia y además hace que muchas mamás no acudan al sistema oficial de salud porque no son bien recibidas.

Servicio de salud no oficiales.

Se puede encontrar en San Benito otros sistemas de curación de las enfermedades, que en la mayoría de los casos han resultado ser de gran importancia para la salud del niño pues representan una solución eficaz del problema.

A decir verdad, el último lugar al que acuden las madres viene a ser el establecimiento de salud o posta de salud de San Benito ya que la ruta estaría comenzando con un sistema de curación muy próximo a la comunidad, que no está reconocido formalmente dentro del sistema de salud convencional, como son las “personas que curan” o “sanadoras”.

En San Benito por ejemplo, hay mujeres “sanadoras”, que vienen a ser aquellas saben “pasar huevo”, se les llama también “rezadoras”, que curan el susto. Casi todas se dedican ocasionalmente o cuando vienen y se lo piden. No hay un consultorio específico en donde ellas atiendan y todos acudan, pero los pobladores conocen como ubicar a estas mujeres sanadoras.

Este sistema no oficial de salud comienza porque la madre toca la puerta de la persona sanadora y le pide atención para el problema de su hijo.

Estas personas sanadoras, que también son varones a los cuales se les dicen “curanderos”, tienen un amplio repertorio de tópicos terapéuticos curando “sustos”, “mal de ojos” y “volteadas de estómago”.

Entre las técnicas de curación se encuentran el uso de emplastos de yerbas, con “sobadas” que son masajes en la barriga para el alivio de la diarrea y los cólicos productos de la “volteada de estómago”. Del mismo modo es la utilización del huevo que debe ser pasado por todo el cuerpo desnudo del niño para curar el susto. Ambas terapias vienen acompañados de rezos que se van diciendo mientras se aplican estas técnicas.

También se emplea otra técnica para el diagnóstico y curación de males de los que no se sabe con certeza su origen, como es la técnica del cuy.

Lo primero que hace la mamá o cuidadora del niño cuando este se enferma es aplicar su propio conocimiento, ese que aprendió en casa, desde la crianza familiar o recomendado por personas de autoridad, como sucede con el uso de las yerbas o con alimentos.

El siguiente paso es acudir a un sistema no oficial de salud, que son las mujeres que sanadoras o rezadoras y hombres curanderos y hasta puede que acudan a la botica y consultar al vendedor de medicamentos y cuando ya no cede la enfermedad fácilmente con el tratamiento no oficial, entonces acuden al centro de salud de San Benito o al hospital nacional ubicado en Puente Pierda o al policlínico parroquial, dependiendo de la situación económica en la que se encuentren, siendo muchas veces las dos cosas a la vez.

La decisión de asistirse en un sistema oficial o no oficial, depende mucho de la gravedad del problema. Cuando hay gravedad las mamás acuden a algún hospital del MINSa e incluso al hospital de la Solidaridad que muchas veces les resulta más apropiado por la inmediatez de la atención, siendo el concepto de gravedad de algunas madres, algo discutible. Por ejemplo una anemia severa es grave para un niño, pero no es percibida como problema aunque este demostrado que es la base de muchas enfermedades.

Sin embargo una enfermedad respiratoria o una alergia es mejor percibida como grave porque el niño muestra síntoma como la tos persistente o cambios de temperaturas corporales, es decir, que los síntomas son visibles.

Lo que normalmente sucede es que la mamá siempre va acudir al sistema no oficial, así sea grave la enfermedad, pero cuando se da cuenta de que éste sistema no puede manejar la enfermedad y que no cede el problema de salud, va a acudir al sistema oficial y no pasa por ir a la posta o establecimiento de salud, sino que va de frente al hospital. Esto se debe a la lógica de la interpretación de la gravedad del problema, porque si el sistema no oficial no le dio un resultado favorable, es poco probable que la posta de San Benito lo

solucione ya que el sistema no oficial es un sistema poderoso y sólo otro sistema más poderoso podría ayudar a la curación. Existe en San Benito consideraciones de poder en la elección de la ruta de tratamiento de las enfermedades de los niños, siendo muy común valorar un sistema más que el otro, basado en el discurso incongruente de quienes aplican el modelo oficial.

Las contradicciones en la aplicación del modelo de salud oficial que tiene el personal de salud entre ellos mismos a la hora de atender un diagnóstico o un tratamiento, han generado desconfianza en las mamás.

La importancia de las instrucciones de salud y nutrición brindadas desde el sistema oficial de salud.

Cada vez más se pudo observar en San Benito que las madres conocen y brindan importancia al factor nutricional en el cuidado de la salud del niño. Este hecho coincide con la apertura del consultorio de nutrición en el establecimiento de salud y una estrategia llamada en aquel tiempo como PIN que viene a ser el Programa Integral de Nutrición, que antes no existía, salvo las consejerías nutricionales hechas por la enfermera en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño.

En el año 2007, el gobierno inició el desarrollo de dos medidas concretas dirigidas a unir esfuerzos intersectoriales para disminuir la desnutrición infantil a nivel nacional: a) la implementación del Programa Integral de Nutrición (PIN) y b) El Programa Articulado Nutricional. El principal objetivo del PIN fue contribuir a prevenir la malnutrición en niños y niñas hasta los 12 años de edad priorizando a los menores de 3 años en situación de vulnerabilidad nutricional y mejorando su calidad de vida. El PIN tiene dos subprogramas: el Subprograma Infantil que atiende a niños de 6 a 36 meses y madres gestantes y lactantes; y el Subprograma Pre escolar y Escolar, que atiende a niños de 3 a 12 años.

Los componentes del PIN son:

- a) Componente Educativo
- b) Componente de Monitoreo y Evaluación y
- c) Componente Alimentario.

En San Benito se aplicó Sub Programa Infantil, dirigido a niños y niñas de 6 a 36 meses de edad y madres gestantes y lactantes identificadas por el establecimiento de salud, mediante el apoyo de una papilla fortificada y una canasta de alimentos que contenía menestras, aceite, cereal como el arroz y a veces latas de anchoveta. Este programa exigía una contraprestación de parte de la madre, pues a cambio de recibir esa cantidad de alimento, ellas tienen que llevar a sus niños en el control mensual de crecimiento del niño sano y acudir a una sesión educativa en nutrición.

Esta contraprestación podría ser vista como un “chantaje positivo” hacia las madres a cambio de alimentos. Esta situación acarrea otro problema ya que no se sabe con certeza que tanto las madres van por la necesidad del alimento y que tanto por qué de verdad les interesa la nutrición de sus hijos.

La nutricionista a cargo de este programa afirmaba que en más de una ocasión, cuando el niño mejoraba y salía de la desnutrición, las madres solían decirle con tristeza: “ay, señorita quiere decir que ya no me va dar la canasta?”.

Efectivamente el hijo se recuperó y no debería recibir la canasta, sin embargo es comprensible esta respuesta de la madre, pues con esa canasta comían todos los demás niños de la casa. Entonces la preocupación de la nutricionista era qué tanto en realidad este programa alimentario estaba erradicando realmente la desnutrición o la estaba promoviendo ya que si ellas querían seguir recibiendo alimentos tenían que tener a su niño desnutrido.

Esta otra lógica expresada como conveniencia, deja implícito el hecho de que su niño se mantenga dentro del público objetivo, es decir: enfermo.

La ineficacia de la atención en salud en San Benito podría estar vinculada también al desinterés de los gobiernos en un modelo de atención de salud que pueda corresponder a las necesidades de una población que cada vez alcanza un mayor crecimiento demográfico y largas distancias que hacen poco accesible los servicios oficiales de salud. Esta situación es una condición presente en otros territorios del Perú donde el acceso y el crecimiento poblacional sobrepasa la oferta de profesionales de salud dispuestos a trabajar en zonas alejadas, siendo la demanda mayor a la proyectada por el Ministerio de Salud, como si hubiese una subestimación de las reales necesidades. A esto se suma el débil tejido social apoyado por el hecho de que las familias no desean quedarse en San Benito mientras la carencia de servicios básicos representen un riesgo constante de peligro y enfermedad.

4.3.3.2 Representación colectiva de la salud infantil en la comunidad.

Las instituciones públicas y la sociedad civil en San Benito.

San Benito tiene una diversidad de instituciones que vigilan el tema de la salud infantil y la alimentación, varias de ellas descritas en el capítulo I de esta investigación.

Algunas forman parte de lo que denominamos organizaciones sociales de base (OSB), que le han hecho frente a la desnutrición, de alguna manera, quizás no tan eficazmente, pero con una larga experiencia en gestión y distribución alimentaria, con la intención de asistir una crisis alimentaria y económica, como es el caso de los comités de vaso de leche (VDL) y los

comedores populares. En sus inicios San Benito tenía dos comedores populares, con el tiempo fue quedando sólo uno de ellos, que no funciona con fluidez permanente, pero que sí existe para otros fines más mediáticos como es brindar espacios de capacitación y organización comunal. Los VDL tienen mejor acogida por la población y permanente funcionamiento en San Benito.

En otro nivel de organización social local, también encontramos a la Junta Directiva de San Benito, que es elegida por los vecinos por votación popular como ocurre en otras localidades del país. Del mismo modo tienen un Comité de Vigilancia, que como su nombre lo dice, se encarga de vigilar las acciones emprendidas por la junta directiva, que es la agrupación de vecinos elegidos por lista democráticamente por todo el asentamiento humano para que los representen.

El Comité Local de Salud, es otra institución local promovida por el Ministerio de salud, desde su creación, que lo preside el médico del Establecimiento de Salud de San Benito, otro profesional más de la salud, que puede ser la enfermera y tres miembros de la comunidad, que normalmente, son promotores de salud y tienen la función, precisamente de coordinar un plan de desarrollo de salud en la comunidad de San Benito. A pesar de su creación nunca tuvo un funcionamiento específico dentro de San Benito, sin reuniones regulares y sin un plan de trabajo.

La Iglesia católica tiene una organización representada por una capilla en la que se hacen celebraciones religiosas cuando menos una vez al mes, fecha en la que viene el sacerdote a hacer la misa. Esta capilla el resto de la semana funciona como biblioteca, existiendo allí un grupo de madres de familia que se organizan a manera de promotoras comunitarias para organizar la catequesis y las atenciones en la biblioteca de la capilla haciendo apoyo escolar a los niños que lo requieran. Esta la misma Iglesia que promueve el policlínico parroquial, que fue ampliamente descrito en el capítulo anterior. Es decir que la Iglesia

católica tiene una presencia en San Benito a nivel de organización social comunitaria.

Las Promotoras de salud son otro nivel de organización de la comunidad, que promovida por el establecimiento de salud de San Benito, forma un grupo de mujeres que son miembros de la comunidad y que tienen cierta representatividad a las cuales se les capacita en temas de salud para apoyar campañas de salud anuales que por lo general se hacen dos veces al año. Estas promotoras tienen la función de hacer la difusión del evento, visitando de casa en casa para avisar sobre la campaña. Del mismo en la campaña, ellas ayudan a tomar los datos de peso y talla en el triaje de los niños. Existe un botiquín comunal, con medicinas elementales, donde hay dos señoras encargadas de mantenerlo al día y cobrar un precio mínimo.

Este equipo de promotoras de salud son aquellas que alguna vez el Establecimiento de Salud de San Benito formó, años atrás, brindándoles capacitaciones y teniendo una serie de reuniones a partir de las cuales se organizan algunas actividades también y entregándoles eventualmente una retribución económica pequeña a manera de “propina” cuando se hacían campañas nacionales como por ejemplo cuando hay una jornada “VANCAN” o de Vacunación Canina, donde ellas apoyan haciendo los registros de vacunación o la convocatoria. Solo en estas actividades se les considera algún tipo de retribución económica o entrega de regalos como polos o materiales que ayuden a su labor de promotora. Esto funciona con presupuesto de la DISA, para actividades promoción de la salud. Ciertamente este grupo tiene reconocimiento, pero ningún tipo de contratación o pago.

Influencia de las ONG y su participación en la comunidad.

En el año 2005 la ONG Warmi Huasi trabajó su primer proyecto en San Benito, donde se formaron promotoras de salud. Las mujeres que participaron en él tenían una característica reconocida por los facilitadores de este proyecto, de ser muy maternas y eso facilitó una buena relación entre ellas, la comunidad y los profesionales de salud que posteriormente convocarían a varias de ellas para el apoyo en las campañas de salud y actividades del comité local de salud, siendo finalmente ellas, parte del grupo de Promotoras de salud del AAHH San Benito.

La población identificaba dos tipos de ONG: las proveedoras y las amigas. Las instituciones como Plan internacional y Cesal, desarrollaron proyectos en donde otorgaron a la comunidad una serie de recursos materiales que respondían un tipo de necesidad en su momento. Warmi Huasi ofrecía algunos servicios y desarrollo de capacidades.

Las instituciones como las ONG mantenían una relación de “asistencia material enfocada a la organización”, cuyo poder estaba basado en los beneficios materiales que estas instituciones pudieran otorgarle a los pobladores de San Benito.

“estaban acostumbrados a pedir, cuando llegamos a la primera etapa, lo primero que decían eran: “nosotros necesitamos bancas, ollas, mesas”
(Antiguo facilitador de la ONG Warmi Huasi).

Estos pedidos tenían siempre una mirada colectiva, nunca para los miembros de manera personal sino para la organización misma, siendo la mayoría de ellas comités de VDL, sabiendo que pedir a cada quién.

En el discurso sobre la salud y la alimentación infantil las ONG han desempeñado un papel interesante trasladando información de manera más acertada con la población, esto debido al acercamiento en la intimidad de los hogares y al trabajo directo con las cuidadoras de los niños.

El sentido comunitario y tejido social dentro de San Benito

A pesar de que algunas mamás expliciten su deseo de no querer vivir más en San Benito, acompañado de un desinterés colectivo y un tejido social quebradizo, San Benito sigue compartiendo una organización social que coexiste por el sentido cooperación presente en las pequeñas organizaciones que allí se tejen, como se evidencia en las personas que integran la junta directiva, el comedor, el Vaso de Leche, en las promotoras de salud, en el botiquín y en la parroquia.

Estas instituciones son importantísimas pues respaldan la idea comunitaria que hace de San Benito un lugar diverso y con interés colectivo de mejorar su situación de vulnerabilidad. Existe una cultura de asociatividad y de reciprocidad que se resiste a desaparecer.

Desde luego no es la asociatividad por grupos de migrantes de la misma región o grupos etnolingüísticos o religiosos como sucede y ha sucedido en otras experiencias de AAHH formados por grupos que comparten alguna historia común de luchas populares. No sucede un fenómeno como con otros grupos étnicos importantes en Lima como es el caso de los chinos que se asocian, se reúnen y organizan en todas partes por clanes o los Apurimeños en Lima Norte que se organizan por distritos o por provincias de su mismo departamento.

En San Benito existe lo que podríamos llamar un “espíritu de defensa comunal”, en donde los vecinos se organizan sólo cuando se sienten amenazados, como sucede cuando el Estado incumple sus compromisos y obligaciones y la población se organiza en protesta contra el Estado. No es un acto meramente de protesta sino que estaría respondiendo desde un espíritu comunal que llevan como herencia, sobretudo en familias de origen andino y

que perdura en las ciudades, a diferencia de los costeños que son menos organizativos porque han perdido todo eso.

Un caso que podría evidenciar mejor este principio de asociatividad basado en el espíritu comunal de defensa en San Benito es el que sucedió con el PRONOEI, que un programa no escolarizado de educación inicial. Este PRONEI, que funcionaba en la zona más alta de San Benito, en un lugar llamado Primavera, fue creado inicialmente, por la iniciativa de dos personas que eran profesoras de nivel inicial, que viven en San Benito, pero que trabajaban en otro centro inicial fuera de San Benito. Ellas comenzaron hacer las gestiones para que haya un inicial en la parte más alta de San Benito, reconociendo que el colegio inicial de San Benito no se abastece para atender a los niños de la zona más alta, que además no tendrían la oportunidad de trasladarse todos los días para ir a un centro particular. La UGEL acepto darle el reconocimiento de PRONOEI, lo que implicaba el permiso para que una profesora fuera a enseñar a los niños, pero hacía falta el espacio físico, ¿y quién les dio el espacio? Allí es donde aparece la comunidad, es decir que los vecinos hicieron actividades económicas y construyeron ellos mismos un pequeño PRONOEI, empleando ladrillos de barro y esteras en el techo ya que no tenían presupuesto para otros materiales. Los padres de familias, algunos de ellos con experiencia en trabajos de albañilería, se encargaron de levantar las dos únicas aulas y un pequeño baño, para lo cual si necesitaron más dinero que sacaron de las actividades económicas de ventas de “polladas” y “anticuchadas”, que consiste en la venta de platos de comida que contienen pollo o anticuchos a un precio que permita tener ganancias. La organización fue semejante a la que se emplea en las comunidades de la serranía del Perú alrededor del cultivo de la tierra o la limpieza de los canales de agua y otras actividades más en donde la comunidad se organiza bajo principios de reciprocidad y asociatividad andina.

Sin embargo a pesar de los esfuerzos la UGEL pedía otros requisitos, que este nuevo PRONOEI de Primavera no podía cumplir, como por ejemplo el número de niños beneficiarios, que debía ser mayor al presentado en las fichas de matrícula en Primavera, entonces en más de una oportunidad se intentó cancelar el proyecto del PRONOEI. Es allí en donde los vecinos se vuelven a organizar para defender la posibilidad de que sus hijos tengan un educación inicial cerca de sus casas, sin mayores peligros que implicaría llevarlo lejos de San Benito. Esta defensa implicaba no solo faenas de nuevos arreglos de infraestructura, sino también de sensibilización de los vecinos para inscribir a sus hijos al nuevo PRONOEI y constantes exigencias en la UGEL para la formalización de este PRONOEI. Este espíritu de defensa comunal, solo se evidenció a partir de la amenaza de la UGEL de la desactivación de esta escuela, de sentir que estaba siendo arrebatado el derecho de sus hijos de tener una educación pública gratuita y cercana a sus hogares. Para muchas otras acciones comunitarias, existía mucha desconfianza y poco espíritu de organización entre los vecinos de Primavera.

En definitiva, estamos hablando de la posible perduración o duración de un espíritu comunal en relación a que mucha de la gente de San Benito pertenecen a pueblos de la sierra y ese espíritu comunal no necesariamente está en las comunidades, forma parte de un tipo de mentalidad mucho más amplia como otras cosas que pueden perdurar y que eso se refleja en las posibilidades de agruparse más o menos fácilmente cuando hay un requerimiento del común en San Benito.

Esto también se evidencia en las faenas de los colegios, liderada por la APAFA.

La APAFA es la asociación de padres de familia de las escuelas públicas y existe también en el colegio de San Benito. Entre sus objetivos tiene la vigilancia del cumplimiento de las actividades educativas propuestas por el

Ministerio de Educación, así como la fiscalización de las acciones tomadas por las autoridades de los colegios y docentes, incluyendo la organización interna de las condiciones de las escuelas que tienen que ver con limpieza e infraestructura.

Por citar un ejemplo, las mejoras del colegio inicial San Benito, en los techos baños y alrededores, se realizaron con la ayuda de todos los padres de familia, dirigidos y organizados por la APAFA. Ellos hicieron estas mejoras aprovechando sus diversas especialidades, sobretodo en temas de construcción y albañilería. Todos tuvieron roles definidos para que nadie se quede sin hacer nada, de tal forma que todos tienen la obligación de compartir varios fines de semana al año, haciendo estas mejoras. Sino alguno no pudiera ir, debe pagar una multa económica que será empleada para las mejoras del colegio. Además esta asociación de padres realiza actividades como “polladas” para obtención de ingresos económicos que hagan posible los arreglos del colegio. La pollada es una muestra muy significativa de este espíritu comunitario que existe para ayudar al otro y que es muy empleado cuando se busca financiar proyectos colectivos.

Sin embargo es importante reconocer que aunque a nivel social y organizacional estaban bien constituidos como organizaciones sólidas, a nivel político, las percepciones de la población frente a las autoridades que asumían un cargo político, eran muy negativas, con mucho cuestionamiento sobre todo a las personas que dejaban sus cargos. El estigma de la corrupción en la participación política era casi general, lo cual desanimada a la mayoría a la hora de involucrarse en niveles de toma de decisiones de mayor poder y alcance.

Es importante señalar que en cualquiera de los casos donde se evidencia el sentido comunitario en San Benito, la comida, los alimentos siempre están presentes, sea como fin o medio para fortalecer el tejido social.

Las organizaciones comunitarias y su participación la salud infantil.

Las diversas organizaciones que en San Benito existen tienen un interés particular por la salud y bienestar de la población infantil, incluso desde sus diversas acciones y planes de trabajo, todas, directa o indirectamente, contribuyen al bienestar de la población infantil a quienes consideran en alta vulnerabilidad.

La junta directiva tenía mucho interés en el proyecto de salud y nutrición que estuvo desarrollando la ONG Warmi Wasi en los años 2009-2011, ayudando en la convocatoria y sensibilización para la evaluación nutricional que se hizo para obtener el diagnóstico nutricional de la población infantil de San Benito. Si bien es cierto, los dirigentes no tienen un plan ligado a disminuir la desnutrición, no les es indiferente el tema. En más de una oportunidad los miembros de la junta directiva han apoyado iniciativas de las ONG que han trabajado proyectos sobre salud infantil y bienestar social de los niños, dándoles todo tipo de apoyo, sobre todo con el respaldo de ser la autoridad que representan frente a la población.

Del mismo modo los comités de vasos de leche son organizaciones que se han instalado en las diversas zonas para hacerle frente al hambre, a la necesidad de alimento y evitar que los niños se enfermen de alguna deficiencia nutricional. Aunque estos comités ya no son, en número, los mismos que eran antes, se siguen organizando para preparar la leche, dando además una cuota mensual para la compra de mayores insumos que puedan agregar a la preparación y mejorar el valor nutricional y variar el sabor. Estos comités son los que concentran a la mayor parte de madres de San Benito, muy interesadas en participar de actividades que promuevan la salud y mejora de la alimentación de sus hijos.

Las organizaciones de padres de familia en los colegios, algunas dirigidas por la APAFA y otras como comités de aulas, son organizaciones de padres, que

además de preocuparse en arreglar los salones, la infraestructura del plantel, les preocupa el tema alimentario y de salud de los niños.

Prueba de ello es la implementación de un comedor infantil para los niños del nivel inicial dentro del plantel educativo a partir de una pequeña organización de padres de familia de una de las aulas, que por iniciativa de las profesoras que recientemente habían sido incorporadas por la UGEL, nombradas por concurso público, consiguieron instalar e implementar un comedor infantil pidiendo al PRONAA que abastezca de alimentos aún en contra de la voluntad de la directora del colegio, pues para la directora tener un comedor era una responsabilidad adicional. Todas las diligencias necesarias para poner en marcha esta comedor, como era buscar el espacio, el almacén, etc. fue asumida por esta pequeña organización de padres de familia de un aula, inclusive la preparación misma de los alimentos.

Frente a la salud y la alimentación de la población infantil, las organizaciones comunitarias en San Benito han respondido de manera desarticulada y algo desordenada a causa de una desconfianza en las iniciativas particulares de algunos miembros de la comunidad que evidencian intereses políticos. Ha funcionado mejor la conducción de las acciones en salud y alimentación colectiva, cuando están han sido conducidas por representantes dentro o fuera de la comunidad con autoridad para hacer y decir, como son las dirigentes de Vasos de leche o profesores de escuela que radica allí mismo.

CONCLUSIONES

San Benito es un Asentamiento Humano cuya ubicación geográfica y situación política jurisdiccional, han definido las relaciones sociales, los estilos de vida y las condiciones de salud de las familias que viven allí, siendo la condición de ser “Lomas” ubicadas en Carabayllo, aquello que caracteriza principalmente la dinámica organizacional doméstica y colectiva.

La cultura alimentaria en San Benito esta fundacionalmente construida a partir de los patrones alimentarios de los lugares originarios de donde provienen los pobladores, que se han ido adaptando a las condiciones que ofrece el AAHH San Benito y las localidades cercanas, adoptando estilos de alimentación regionales diversos producto del encuentro en espacios de socialización colectivos, generando un nuevo patrón de consumo alimentario, una forma particular de entender la alimentación y la nutrición de los niños, con notables influencias del entorno económico y comercial. No hay un predominio de un lugar de origen u otro, sino una mistura de estilos de alimentación y todos son empleados porque en la práctica se han hecho válidos, usándose de acuerdo a la conveniencia de la madre.

Las costumbres culinarias en la alimentación de los niños y niñas, están asociadas a una serie de percepciones sobre el efecto que ciertos alimentos pueden producir en su consumo, como son la categoría de lo “cálido” o lo “fresco”, alimentos con poderes para curar o restituir de una enfermedad, pero son costumbres que están en constante reafirmación o negación, sobre todo cuando se encuentran con las nuevas o con lo que recomiendan los profesionales de la salud y demás actores de la comunidad como son las

vecinas, las señoras vendedoras del mercado, las profesoras de la escuela y entonces se van transformando de acuerdo a la elección de la madre desde un punto de vista pragmático.

Los carbohidratos como arroz, tubérculos y fideos, son los alimentos más ofrecidos y consumidos por los niños y niñas en el AAHH San Benito, además de ser la base de la alimentación familiar, debido al costo/beneficio que estos representan al ser más económicos que otros y de muy fácil acceso debido al sistema alimentario existente en la localidad. Seguido esta la leche la cual representa para las madres, un alimento indispensable, aunque hayan muchas madres que afirman no consumirla en la dieta diaria como debería de ser. Este último, es un efecto generado por el impacto de la publicidad sobre este alimento en los medios de comunicación, los cuales le atribuyen cualidades nutricionales “poderosas”.

Las aspiraciones urbanísticas de los pobladores, sobre todo de las madres y cuidadores de los niños y niñas, debilitan el tejido social y promueven las movilizaciones fuera de San Benito, para la búsqueda de empleos y otros modelos de vida que estarían alimentando un sentimiento colectivo de rechazo a San Benito bajo conceptos de peligro o vulnerabilidad en cuanto a la salud de los niños y niñas. Este sentimiento se hace evidente en el poco compromiso de los pobladores a la hora de organizarse entre vecinos para obtener las condiciones a las que aspiran. Estas condiciones urbanísticas están alrededor de la carencia de agua, la falta de pistas, veredas y espacios de recreación pública como los parques y jardines, así como el acceso a servicios de salud y otros servicios públicos de calidad en el menor tiempo posible.

Las madres y cuidadoras de los niños asocian la presencia de enfermedades de salud que padecen los niños y niñas a las condiciones de carencia urbanística de la zona en donde habitan. Estas enfermedades, incluyendo las nutricionales, tienen estrecha relación con la carencia del agua, la presencia de

polvo, la contaminación ambiental y la excesiva humedad propia de las Lomas. La carencia de alimentos o los hábitos alimentarios no están vinculados estrechamente a las enfermedades nutricionales, no siendo evidentes como el principal problema.

Cuando las madres asocian una “buena alimentación” con “buena salud” no significa que esa lógica conduzca necesariamente a la acción, a la práctica o al cambio de comportamiento para la modificación de un determinado patrón alimentario. Para pasar de un estado a otro, del conocimiento a la acción que, aparentemente sea coherente con lo que se afirma, las condiciones deberían ser también otras, porque la suma de factores alrededor de este aprendizaje estaría mediando o dificultando su práctica como sucede con los aspectos sociales, políticos, culturales, familiares y económicos que pesan en la toma de decisiones.

En el AAHH San Benito las mayores necesidades no están ligadas al plano alimentario, es decir, las familias no siempre priorizan, de manera formal y organizada, la alimentación de sus hijos. Si bien es cierto que la alimentación del niño más pequeño del hogar, resulta ser la prioridad inmediata, que se sustenta además en la provisión de la leche cuyo poder está asociado al crecimiento, lo siguiente en prioridad no se ubica en el plano de lo alimentario, sino más bien en el plano material y educativo, lo que le daría a la familia, un estatus de “progreso”, de mejora de la situación de pobreza o carencia que en el tiempo, representa el bienestar deseado.

Se ha identificado dentro del sistema alimentario del AAHH San Benito, un círculo de dependencia adquisitiva de alimentos a partir de la presencia de pequeños comercios o tiendas de alimentos que existen en la zona. Este abastecimiento de alimentos está sujeto al desempleo de los miembros del hogar y la incertidumbre de conseguirlo, por lo cual existe el “fiado” que es la

compra a crédito de alimentos, como uno de los principales medios de adquisición de alimentos.

La etapa de la niñez, es de suma importancia para los pobladores del AAHH San Benito, haciendo mucho énfasis en la primera infancia. La alimentación en los primeros años de vida hasta la etapa escolar primaria, viene a ser la etapa de mayor atención nutricional por parte de las madres o cuidadores. Esto se contradice con la idea de “desnaturalización” de la madre por parte de las autoridades de salud local, lo que no contribuye a la efectividad de las políticas en salud pública. Las instituciones educativas del nivel inicial y el establecimiento de salud San Benito, son las principales instituciones con mayor cercanía a las mamás, respecto a la vigilancia de la salud y nutrición de los niños.

En el AAHH San Benito las consejerías nutricionales y recomendaciones de salud brindadas por parte de los profesionales que atienden en el establecimiento de salud local, no han logrado convencer a la población de los beneficios de un cambio en la alimentación y cuidados de la salud de sus hijos, salvo dos casos específicos. Esto debido a una insatisfacción laboral de parte de los profesionales del sistema oficial de salud y la desconfianza de la población que vierte sus opiniones desde un plano afectivo, siendo la “actitud” y el buen trato del profesional lo que determina la confianza y seguimiento de las recomendaciones.

El sistema de salud “no oficial” es el primer nivel de atención de salud en el AAHH San Benito, siendo el punto de partida de un recorrido construido a partir de una historia de buenos y malos aprendizajes con el sistema “oficial de salud” representado principalmente por el establecimiento de salud San Benito. Este sistema es legitimado por la población y la efectividad de las terapias “no oficiales” que se manejan de la mano con las recomendaciones médicas.

Como parte de la cultura alimentaria de las familias en el AAHH San Benito, se considera a la comida como un vehículo de transmisión de aprendizajes, así como de relaciones de poder, sanciones y manifestaciones de afecto y rechazo entre los miembros de la familia, sobre todo desde las madres cuidadoras a sus hijos. Estas expresiones muchas veces aparecen como resultado de un conjunto de frustraciones de las madres o cuidadoras en otros planos como son la relación de pareja y las expectativas de vida que ellas tenían antes de la formación del hogar.

RECOMENDACIONES

La interacción entre lo nutricional y lo antropológico es evidente en esta investigación que, aunque parte de un enfoque nutricional, que puede ser ciertamente cuestionable, dialoga, discute y construye un nuevo conocimiento alimentado de estas dos disciplinas complementarias con la finalidad de mirar el problema sin el típico enfoque biomédico y con mayor cuidado sobre lo que la población piensa, cree, dice, hace y finalmente come. Es importante entonces que las ciencias médicas reconozcan la necesidad del estudio de la antropología para encontrar respuestas a cuestionamientos básicos como lo puede ser la efectividad de una prescripción nutricional o una receta médica.

Desde un punto de vista nutricional basado en la oficialidad de la salud en este país, existe un riesgo permanente de la prevalencia y crecimiento de los niveles de malnutrición sobretodo de la anemia por deficiencia de hierro. Las políticas en salud destinadas a atender este problema no han llegado a San Benito con efectividad por el discurso de los profesionales de la salud poco interesado en la salud comunitario. La Dirección de Salud Lima Ciudad, tendría que evaluar la pertinencia de algunos profesionales de salud con mejores cualidades para el trabajo comunitario, con verdadero interés de llevar a cabo sus actividades

dentro de San Benito trasladando información sobre las condiciones de vida de la comunidad y la cultura alimentaria y de salud de esta población.

Aun no se ha abordado con verdadero interés el Plan de desarrollo de Lomas de Carabayllo con énfasis en la identidad de local de sus poblaciones como sucede con el AAHH San Benito, cuyos pobladores conocen muy poco de su historia, de su proceso de construcción y crecimiento demográfico, del porqué de sus características climatológicas, geográficas y jurisdiccionales, que hacen del AAHH San Benito un lugar muy particular y de difícil acceso. Se sabe que el mero conocimiento de la población no sería suficiente, pero sensibilizar a la comunidad en la conciencia de que San Benito es una Loma ubicada a la margen izquierda del río Chillón, cuya vegetación forma parte de una reserva natural ecológica muy valiosa para la ciudad de Lima, cuyos campos de cultivos han sido empleados para fábricas clandestinas que contaminan, e inmobiliarias que agregan cemento pero dan puestos de trabajo transitorios a sus pobladores, haciendo accesible más y mejores rutas vehiculares, pero aumentando el consumo de alimentos industrializados que pueden generar problemas de salud, con una complejidad que puede evidenciar un análisis de la población más objetivo de la oportunidad que tienen de cambiar sus condiciones de vida sin sentirse vulnerables ni carentes bajo el cliché de ser un asentamiento humano.

La población sigue encontrando en las ONG un recurso asistencial, pues la mayoría de las que ha llegado ha propuesto la entrega de productos y servicios. La posibilidad de trabajar temas de desarrollo de capacidades a un nivel de formación ciudadana que comprenda el conocimiento de la cultura, historia e incidencia política, renovando los vínculos de asociatividad y solidaridad, podría ser un mejor aporte del que ya se ha venido dando, sobretodo tratándose del AAHH San Benito, que es considerado el Asentamiento Humano más grande de las Lomas de Carabayllo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alcázar L., (2012). Impacto económico de la anemia en el Perú. Resultados. (p. 42-45). GRADE, Acción contra el Hambre. Impresiones y Ediciones Arteta E.I.R.L.
2. Alcázar Locampo D, Huamán-Espino L, Aparco JP., (2013). Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública.; 30(4):569-74.
3. Canepa, G., Hernández, M., Biffi, V. y Zuleta, M. (2011). Cocina e Identidad: La culinaria peruana como patrimonio cultural inmaterial. Lima: Ministerio de Cultura del Perú.
4. Cabieses, F., (1997). Cien siglos de pan: 10,000 años de alimentación en el Perú. (2ª. ed.). Lima. Universidad de San Martín de Porres, Escuela Profesional de Turismo y Hotelería.
5. Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (CIDE) (2009a). "Factores socioeconómicos que explican las desigualdades nutricionales de nuestros niños ¿Por dónde hay que atacar? Lima: INEI.
6. Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (CIDE) (2009 b). "Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú: 1996-2007". Lima: INEI.
7. Centro de Investigación, Documentación y Asesoría Poblacional (CIDAP) (2009). "Principales Problemas Ambientales Lomas de Carabaylo". Lima.
8. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2004). Lineamientos de Nutrición materno Infantil del Perú. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Lima.

9. Cervantes R. (1988). Muerte materna y muerte perinatal en los Hospitales del Perú. Ministerio de Salud. Sociedad Peruana de Gineco-Obstetricia. Lima, 1988.
10. Contreras, J. y Gracia, M. (2005). Alimentación y Cultura: Perspectivas antropológicas. Barcelona: Editorial Ariel.
11. Fischler Claude (1995). El (h)omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Editorial Anagrama. Barcelona.
12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1998). Estado Mundial de la Infancia 1998. UNICEF: Nueva York.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2007). Programa Buen Inicio: Evaluación Externa. UNICEF en el Perú. Lima.
14. García Arias MT, García Fernández MC. (2003). "Nutrición y Dietética". Ed Universidad de León.
15. Goetz J.P., y LeCompte M.D.(1988). Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Morata: Madrid.
16. Golte, J., (2001). Cultura, racionalidad y migración andina. Instituto de Estudios Peruanos. Lima.
17. Gosden, C., (2005). Food. Where Biology meets Culture. En: The Prehistory of Food. Appetites for Change. Chris Gosden y Jon Hather, eds. One World Archaeology Series. London and New York: Routledge, p 1-8.
18. Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (1989). Fourth generation evaluation. Beverly Hills: Sage.
19. Hammersley M. y Atkinson P. (2001). Etnografía. Métodos de Investigación. 2da Edición. Paidós Ibérica, S.A.: Barcelona.
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2000). Metodología para la medición de la pobreza del Perú. Colección Metodologías Estadísticas. Año 1. N°2.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2012a). "Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2011". Lima: INEI.

22. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2012b). "Condiciones de Vida en el Perú". N°2. Junio. Lima: INEI.
23. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), (2014). Documento "Una Mirada a Lima Metropolitana". INEI. Lima.
24. Instituto Nacional de Salud (INS), (2012). Refrigerio Pre Escolar Saludable. INS/CENAN/MINSA. Lima.
25. Jodelet, D. (1981). Représentations Sociales: un domaine en expansion". En: Les représentations sociales (Jodelet, D. ed). Paris: Presses Universitaires de France.
26. Kramer MS., Kakuma R., (2009). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review), The Cochrane Library. N°4. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
27. Kottak, C.P., (2011). Antropología Cultural.14va edición. Mc Graw-Hill/Interamericana Editores S.A.: México D.F.
28. Lefevre P., Kolsteren P., Maire B., y Suremain(de) C.-E. (2003). Introducción General. En Suremain(de) C.-E., Lefevre P., Rubín de Celis E., Sejas E. (Ed). En Miradas Cruzadas en el Niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú. (p.23-54) IRD/IFEA/ Plural Editores: Bolivia.
29. León, E. (2013). 14,000 años de alimentación en el Perú. Lima: Universidad San Martín de Porras Fondo Editorial.
30. Levi-Strauss, C., (1964). Le cru et le cuit, Mythologiques I. Plon: Paris.
31. Levi-Strauss, C., (1965). Le triangle culinaire, L'arc, n.º 26.
32. Levi-Strauss, C., (1984). Lo asado y lo hervido, en J. Kuper (ed.), la cocina de los Antropólogos, Ed. Tusquets: Barcelona.
33. Maslow A., (1987). Motivation and Personality, Tercera Edición, Addison-Wesley Longman, Nueva York (Primera edición, 1954; segunda edición, 1970).
34. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) (2012). Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a

reducir la desnutrición crónica infantil en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social. Normas Legales. (p. 471260). El Peruano. Lima, 25 de julio del 2014.

35. Ministerio de Salud (MINSA), (2006). Documento técnico “Modelo de abordaje de Promoción de la Salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y nutrición saludable. Dirección General de Promoción de la Salud. MINSA. Lima.
36. Ministerio de Salud (MINSA), (2012). “Quioscos y refrigerios escolares saludables. Cartilla Informativa para la capacitación a docentes”. Dirección General de Promoción de la Salud. MINSA. Lima.
37. Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, CA:Sage.
38. Moscovici, S. (1981). “On Social representations”. En Forjas, J. (Ed). *Social cognition* (p.180-194).Londres: Academic Press.
39. Moscovici S., (2002). *La Representación Social: Un concepto perdido*. En: *Taller Interactivo: Prácticas y Representaciones*. Instituto de Estudios Peruanos. Lima. 2002
40. OPS/OMS.(2002). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington DC organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
41. Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2010). “La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud”. Washington, D.C.: OPS/OMS.
42. Palomo, M. T., (2013). *Liderazgo y Motivación de Equipos de Trabajo*. 8va edición revisada. Madrid: ESIC editorial.
43. Pardinás F. (1974). *Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales*. Introducción elemental. 12va Edición. Siglo Veintiuno Editores S.A.: México D.F.

44. Del Pino, P., Mena, M., Torrejón S., Del Pino E., Aronés M. y Portugal T. (2012). Repensar la desnutrición: Infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú". IEP Instituto de Estudios Peruanos, Acción contra el Hambre. Lima, Perú. 2012 :146-159.
45. Pollit E., Anemia Ferropénica y Rendimiento Escolar, Comité de Nutrición de las Naciones Unidas (SCU/UN, 2000).
46. Pollit E. Iron deficiency and cognitive function. *Annu Rev Nutr.* 1993;13:521-537.
47. Quispe Pastrana E., Túcunan Bonifacio S. (2011). Carabayllo: Génesis De Lima Norte. La reivindicación de un Distrito Histórico. 1ª edición Municipalidad de Carabayllo.
48. Rodríguez G, Gil J, García E. (1999). Metodología de la Investigación Cualitativa. 2da. Edición. Granada: Ediciones Aljibe S.L.
49. Rubín de Celis E., Pecho I. y Suremain (de) C-E. (2003). Representaciones y significados de la salud infantil en el Perú. En Suremain (de) C-E., Lefevre P., Rubín de Celis E. y Sejas E. (Ed). En Miradas Cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y le desarrollo del niño en Bolivia y Perú. (p.142-143) IRD/IFEA/Plural Editores. Bolivia.
50. Santibáñez Velilla J. (2005). "Ética en la publicidad de golosinas ante los efectos de algunos de sus aditivos en la salud humana". Universidad de la Rioja.
51. Shady R., (2006). La civilización Caral: sistema social y manejo del territorio y sus recursos. Su trascendencia en el proceso cultural andino. *Boletín De Arqueología PUCP* N° 10, 59-89.
52. UNICEF (2012). Estado Mundial de la Infancia 2012. Niños y Niñas en el mundo urbano. Capítulo 2. UNICEF: Nueva York.
53. Vilaplana M. (2011). Cultura Alimentaria. Del fast food al slow food. *Revista OFFARM. Farmacia y Sociedad*, 30(6), 53-56.

54. Warmi Huasi (2012). "Voces de los Niños y Niñas del AAHH San Benito Sobre la Situación Laboral de sus Madres y de la Comunidad". Crea Graphics. Lima.
55. Schwalb Helguero M., (2013). Obesidad y Malnutrición: ¿Y qué culpa tiene el Marketing? En Sanborn C., Schwalb M. (Ed). En Comida Chatarra y Estado. 2013. Universidad del Pacífico. Lima.
56. World Health Organization – WHO, (2009). The extent, nature and effects of food promotion to children. A review of the evidence to December 2008, preparado por Georgina Cairns, Kathryn Angus and Gerard Hastings. Reino Unido: Institute for Social Marketing, University of Stirling, y The Open University.