

**UNIVERSIDAD DE VALPARAISO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**TEORÍAS IMPLÍCITAS ACERCA DE PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN EN MADRES  
DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD**

**SEMINARIO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO Y AL GRADO  
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PROFESORA GUIA:  
PS. CLAUDIA CALDERÓN FLANDES**

**POR:  
XIMENA APABLAZA SERRANO  
ROMMY MUÑOZ SALAZAR  
PAULA NÁJERA DE FERRARI  
CAROLINA RIVERA DONOSO**

**VALPARAISO, ENERO DE 2010**

*A mis padres, por su apoyo, amor y entrega*

*Los amo incondicionalmente*

**Carolina**

*A Oscar, que con todo tu amor acompañaste cada uno de mis pasos.*

*A ti mamá, sin tu esfuerzo hoy nada de esto sería posible.*

*A ambos les dedico este logro.*

**Rommy**

*A mi madre por su amor y apoyo incondicional.*

*A mis abuelos por su cariño y confianza.*

*A mi padre, que me acompañó durante este proceso.*

**Paula**

*A mi hermana, por su confianza, compromiso  
y apoyo en la consecución de esta meta.*

*A mi tata, por preocuparse, ayudarme y  
creer en mí hasta el último instante.*

**Ximena**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Queremos extender nuestros agradecimientos a todos aquellos que hicieron posible esta investigación.*

*Al Centro de Salud Barón y al Centro de Salud Familiar Reina Isabel II, por permitirnos contactar a las personas participantes de nuestro estudio.*

*A las madres que en forma voluntaria y desinteresada accedieron a participar en esta investigación, compartiendo sus experiencias.*

*Al cuerpo docente de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, por el conocimiento teórico y práctico entregado a lo largo de estos años, suscitando en nosotras el respeto, dedicación y empatía hacia las personas con las cuales trabajaremos.*

*A nuestra profesora guía Ps. Claudia Calderón F, por promover en nosotras la rigurosidad y perseverancia necesaria para llevar a cabo nuestro estudio.*

*Finalmente, quisiéramos agradecer a nuestras familias y amigos cercanos, por su compañía y apoyo en cada paso de este proceso que hoy culmina.*

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN.....</b>	<b>7</b>
<b>2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>9</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	14
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>5. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
5.1. PREVENCIÓN DE OBESIDAD EN CHILE .....	15
5.2. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN.....	20
5.3. TEORÍAS IMPLÍCITAS.....	21
5.4. DOMINIOS A INVESTIGAR .....	23
5.4.1. Concepciones Respecto A La Relación Entre Salud Y Alimentación. ....	24
5.4.2. Concepciones Respecto A La Privación De Alimentos .....	28
5.4.3. Concepciones Sobre Conductas Y Señales En Torno A La Alimentación ...	30
<b>6. METODOLOGÍA .....</b>	<b>33</b>
6.1. TIPO DE ESTUDIO .....	33
6.2. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
6.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	34
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>36</b>
7.1. FASE EXPLORATORIA .....	36
7.1.1. Descripción Proceso De Recolección De Datos.....	36
7.1.2. Descripción Proceso De Análisis De Datos .....	37
7.1.3. Resultados Fase Exploratoria.....	38
7.1.4. Conclusiones Fase Exploratoria. ....	44

7.1.5. Primera Aproximación Al Modelo De Teorías Implícitas.....	46
7.2. FASE DE REFORMULACIÓN DEL MODELO DE TEORÍAS IMPLÍCITAS.....	49
7.2.1. Descripción Proceso De Recolección De Datos.....	49
7.2.2. Descripción Proceso De Análisis De Datos .....	51
7.2.3. Resultados Fase De Reformulación Del Modelo De Teorías Implícitas. ....	52
7.3. FASE DE COMPROBACIÓN DEL MODELO EMERGENTE.....	61
7.3.1. Descripción Proceso De Recolección De Datos.....	61
7.3.2. Descripción Proceso De Análisis de Datos .....	63
7.3.3. Resultados Fase De Comprobación Del Modelo Emergente .....	63
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>66</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>70</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>74</b>
ANEXO 1 .....	74
ANEXO 2. ....	76
ANEXO 3. ....	77
ANEXO 4. ....	100
ANEXO 5. ....	111
ANEXO 6. ....	113

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Inicial de Teorías Implícitas de madres de niños de 6 a 12 meses respecto a la alimentación infantil. ....	46
Figura 2: Segundo Modelo de Teorías Implícitas de madres de niños de 6 a 12 meses respecto a la alimentación infantil. ....	53
Figura 3: Configuración del discurso de las madres entrevistadas al interior del modelo emergente. ....	55

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Participantes Focus Group fase exploratoria.....	36
Tabla 2: Perfiles resultantes de la muestra de la segunda fase.....	50
Tabla 3: Participantes Focus Group de Expertos .....	62

## 1. RESUMEN

La presente investigación se inserta dentro de un contexto mundial en el cual la obesidad ha aumentado su tasa de prevalencia en forma considerable durante la última década, situación que se repite en nuestro país. La obesidad Infantil ha seguido la misma tendencia, generando alarma entre las autoridades sanitarias, por su repercusión directa en la salud y la asociación que la obesidad tiene desde edades tempranas a otras enfermedades, provocando además el riesgo de adquirir en edades adultas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs).

En Chile, se han implementado distintas estrategias para prevenir la obesidad y promocionar prácticas de alimentación saludables. No obstante, al recabar antecedentes sobre estas intervenciones, desde distintas fuentes (Pizarro, 2007; [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl), [www.ego-chile.cl](http://www.ego-chile.cl)), se evidencia que estas se basan principalmente en actividades que ponen énfasis en el aspecto informacional, entregando recomendaciones a nivel general, más que basándose en las condiciones particulares que envuelven las prácticas de alimentación de las madres hacia sus hijos. También existe evidencia de que estas estrategias, hasta la fecha, no han tenido el impacto esperado, y la prevalencia de la obesidad en las distintas edades o se ha mantenido o sigue en aumento (Crovetto M, Vio F, 2009)

Habitualmente, alrededor de los seis meses se instaura la alimentación complementaria a la lactancia materna exclusiva, etapa en la cual a partir de las cualidades de las prácticas alimentarias de las madres hacia sus hijos se conforman y establecen los hábitos alimentarios de éstos, los que luego son menos proclives a su instalación y/o modificación en etapas posteriores, lo cual implica un período crítico dentro de la alimentación del niño para que aquellos hábitos que se desarrollen sean saludables desde el punto de vista nutricional. De esta manera, esta investigación intenta conocer cómo comprenden y organizan las prácticas de alimentación las madres de niños de esta edad. Para lograr este objetivo se abordarán las “teorías implícitas” que las madres han construido en torno a la alimentación.

Las “teorías implícitas” son concebidas desde la psicología como construcciones individuales creadas por los sujetos en contextos interpersonales, en las cuales la cultura juega un papel importante. Estas construcciones subjetivas incluyen construcciones

simbólicas como las creencias y juicios, y patrones de acción más o menos establecidos, que guían la toma de decisiones, entre otras.

En nuestra investigación las “teorías implícitas” sobre las prácticas de alimentación, serán investigadas tomando como referente inicial algunos dominios definidos a priori que han sido seleccionados en base a su aporte a la investigación en el tema, y están relacionados con concepciones respecto a la relación entre salud y alimentación (Martín Criado y Moreno Pestaña, 2003, 2005; Martín Criado, 2004, 2007), concepciones acerca de la privación de alimentos (Baughcum A. et al .1998; Wardle J. et al. 2006; Baughcum A. et al. 2001; Crouch P. et al. 2007; Pagnini D et al. 2007) y concepciones sobre las conductas y señales del niño que se interpretan y organizan en torno a las prácticas de alimentación (Dunn J, 1999; Baughcum A. et al, 1998; Worobey J. et al, 2009; Domínguez-Vásquez P. et al, 2008; Orrell-Valente J. et al, 2006; Luna, M. et al, 1999; Osorio J. et Al, 2002).

La formulación del problema, la recolección y análisis de la información se realizará siguiendo una metodología cualitativa, que nos permitirá en sus conclusiones acceder de forma integral y comprensiva a un modelo de las teorías implícitas que guían las prácticas de alimentación maternas. Estos hallazgos pretenden ser un aporte al cuerpo de conocimientos que a futuro permitan elaborar programas de intervención situados que consideran el contexto sociocultural, subjetivo e intersubjetivo de las madres, y que consecuentemente favorezcan la emergencia de prácticas saludables de alimentación.

## 2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo comprenden y organizan sus prácticas de alimentación las madres de niños de 6 a 12 meses en el período de alimentación complementaria?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

La prevalencia de obesidad Infantil, al igual que la del adulto, ha aumentado considerablemente en la última década, tanto a nivel mundial como nacional. Esto genera preocupación a nivel sanitario, ya que esta enfermedad tiene efectos directos en la salud y se asocia a un número importante de enfermedades tales como dislipidemias, hiperinsulinemia, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, alteraciones ortopédicas y apneas del sueño, además, en el plano del desarrollo psicosocial se asocia a exclusión social, baja autoestima, depresión y desórdenes del apetito. Estas patologías implican a su vez, que los niños con obesidad tengan mayores necesidades de atención médica cuando sean adultos jóvenes, por lo que los costos en salud irán aumentando y la calidad de vida se deteriorará aún más por la complejidad que significa el manejo de las enfermedades crónicas concomitantes (Castillo, C. [www.alimentosysalud.cl](http://www.alimentosysalud.cl)).

Por este motivo, en Chile se han implementado una serie de estrategias para la prevención de la obesidad y promoción de prácticas de alimentación saludables en la población, trabajando especialmente con las mujeres embarazadas y madres de niños pequeños ([www.ego-chile.cl](http://www.ego-chile.cl)). Sin embargo, las descripciones de estas estrategias, obtenidas desde distintas fuentes (Pizarro, 2007; [minsal.cl](http://minsal.cl), [ego-chile.cl](http://ego-chile.cl)) muestran que el componente básico de sus actividades es informacional, a través de campañas masivas que ponen énfasis en recomendaciones generales que debieran ser asumidas por igual por toda la población. Sin embargo, distintas investigaciones han señalado que este contenido informacional está mediatizado por un sistema de creencias que lo asimila y acomoda a la información precedente que manejan los sujetos (Martín Criado, 2007), de allí que las campañas de información pueden ser enriquecidas, si cuentan con un conocimiento situado particular y colectivo respecto de su población objetivo, que en este caso consiste en conocer las condiciones particulares que envuelven las prácticas de alimentación de las madres.

Llevar a cabo un estudio con una muestra de madres de niños de 6 a 12 meses de edad, se considera relevante, ya que este período es crítico en la vida del infante, pues en esta etapa se empieza a agregar comida complementaria a la lactancia materna, determinando el desarrollo y formación de hábitos alimentarios. En este proceso de formación de hábitos, el rol materno es fundamental, ya que se debe tener en cuenta que

los niños desde muy temprano están capacitados para establecer una íntima relación recíproca con la figura primaria que lo cuida, que es habitualmente la madre; esta relación de apego establecida en el primer semestre de la vida, es determinante en la adquisición de su conducta alimentaria y de su adecuado desarrollo posterior, debido a lo cual, el niño aprende a relacionarse con los alimentos según la prácticas de alimentación que tenga la madre, lo que determina una transmisión cultural principalmente por vía femenina (Osorio, 2002). Por lo tanto, en la alimentación del infante, son las madres las principales responsables de la transmisión de pautas alimentarias al hijo.

Las intervenciones situadas intersubjetivamente que tienen por objetivo evitar la instauración de malos hábitos de alimentación, se hacen aún más relevantes teniendo en cuenta que la madre alimenta al hijo de acuerdo a sus valores, creencias, costumbres, símbolos, representaciones sobre los alimentos y las preparaciones alimentarias. (Osorio, 2002). De esta manera, las representaciones que tiene ella sobre la alimentación infantil, guardarán estrecha relación con su concepción de alimentación ideal, determinando un conjunto de prácticas de alimentación con las cuales esta operará, respecto a su hijo.

Debido a esto, desde el periodo de la lactancia materna exclusiva y especialmente cuando se introduce la alimentación complementaria (no láctea y/o sólidos), se hace relevante enfatizar en la educación, la cual debe estar situada en los contextos intersubjetivos y particulares de las madres, para evitar precozmente las acciones involuntarias, inocentes y bien intencionadas, pero tendientes a introducir malos hábitos, que luego se perpetúan y que serán muy difíciles de combatir; como por ejemplo, el uso de la comida como dispositivo de control conductual (alimentar para calmar el llanto de la niña o niño); asociar de modo directo las preferencias de los adultos con necesidades de los niños (introducir alimentos que les gusta a los padres y que no es apropiado para su edad, o la introducción de alimentos “sabrosos”); asociar de manera lineal, la cantidad de alimentos con la ausencia de enfermedad (Alimentar en abundancia para que no se enfermen), etcétera.

Durante las últimas décadas, las autoridades sanitarias han venido advirtiendo a la población sobre los peligros que conlleva la mala alimentación y sobre las normas a seguir para lograr una nutrición sana. Estas campañas se han desplegado a partir de un supuesto central: “la información es la clave para cambiar los hábitos de alimentación de la población”. Estas campañas suponen a su público objetivo como sujetos racionales que conciben la alimentación en función a las consecuencias que tiene para su salud, y que

por ende organizan esta información para la consecución de dicho objetivo, lo que coherentemente en términos de impacto se traduciría en modificaciones de las prácticas de alimentación cotidianas hacia una alimentación saludable, que promueve los estados de salud y bienestar.

No obstante, la evidencia científica que aportan distintos estudios nos muestran una realidad muy distinta de los presupuestos que subyacen a estas campañas. No es que los sujetos carezcan de información nutricional –aunque ésta se maneje en grados diversos-, sino que no adecuan sus prácticas a la misma. Se abre, por lo tanto, el cuestionamiento acerca de por qué se presenta un desfase entre el conocimiento y las prácticas.

De esta manera, algunas investigaciones como la de Parales (2006) arriban a conclusiones conforme las cuales las personas conocen el discurso de lo que significa comer saludablemente, sin embargo, con frecuencia dichas prácticas entran en contradicción con el sentido común, las creencias, información previa, otro aspectos subjetivos, que suelen imponerse al momento de organizar sus conductas frente a la alimentación. Si tomamos como referencia los marcos conceptuales de la Psicología Social, algunos autores como Moscovici y Hewstone (1984), sostienen que las personas se encuentran lejos de pensar y actuar de acuerdo con los estándares de la lógica y la racionalidad científica, más bien organizan sus conductas en relación a un conocimiento implícito, subjetivo y organizado, que incluye sistemas de creencias, juicios, valores, etc., que es construido por cada uno, de manera activa, a partir de la experiencia intersubjetiva y que adquiere criterios de veracidad y confiabilidad, que no son cuestionados a partir de la experiencia, y que no guardan relación directa con el conocimiento científico objetivo disponible.

En este sentido, cuando se trata de formular estrategias de intervención promocional o preventiva algunos autores (Olivares et al 2006) consideran necesario integrar algunos de estos aspectos intersubjetivos que están a la base de las prácticas concretas, encontrándose entre estos, distintas percepciones, creencias, conceptos, categorías, atribuciones, juicios, toma de decisiones y relaciones causales que llevan a las madres a sostener conductas determinadas respecto a la alimentación de sus hijos.

El conocimiento complejo de los sistemas de conocimiento implícito que las madres sostienen y que organizan la conducta de alimentación de sus hijos podría

contribuir a una reformulación de los programas de promoción de prácticas de alimentación saludable que existen actualmente. En este contexto el estudio de las “teorías implícitas” de las madres, nos permite conocer en detalle estos aspectos intersubjetivos que intervienen en sus prácticas y en el seguimiento o no de los ideales de nutrición que sostiene el discurso médico.

Es importante señalar que si deseamos educar a las madres en cuanto a la alimentación propicia para sus hijos, debemos adoptar estrategias de intervención que se co-construyan con ellas; pues según la bibliografía revisada (Carballo, 2006) son ellas, quienes, con sus propias percepciones, concepciones, juicios y creencias, recrearán y reorganizarán el conocimiento científico entregado, y tomarán las decisiones y ejecutarán las prácticas cotidianas de alimentación con sus hijos.

De esta manera, optaremos por un enfoque cualitativo para llevar a cabo nuestro estudio, puesto que esta metodología permite abordar perspectivas que admiten la intersubjetividad de los sujetos con los cuales se desea llevar a cabo la investigación, para así, generar a partir de esta, intervenciones más pertinentes y significativas para los actores involucrados, reconociendo y comprendiendo de este modo, las distintas dimensiones que componen los problemas de salud como el que se desea abordar.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Describir y analizar, desde dominios simbólicos relevantes y emergentes la configuración de las teorías implícitas de las madres de niños de 6 a 12 meses respecto de sus prácticas de alimentación.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Describir y analizar los contenidos y organización de las teorías implícitas de las madres desde sus concepciones que relacionan la alimentación con los estados de salud.
- 2) Describir y analizar los contenidos y organización de las teorías implícitas de las madres desde sus concepciones que relacionan la alimentación con la privación de alimentos.
- 3) Describir y analizar los contenidos y organización de las teorías implícitas de las madres desde sus concepciones que relacionan la alimentación con la discriminación de señales y refuerzos sobre las conductas del niño.
- 4) Describir y analizar los contenidos y organización de las teorías implícitas de las madres desde dominios emergentes en el proceso de investigación

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **5.1. PREVENCIÓN DE OBESIDAD EN CHILE**

Según distintos estudios estadísticos (Informe de la OMS sobre el Estado del Mundo, 2000; Encuesta Nacional de Salud, 2003)<sup>1</sup>, en Chile y en muchos países del mundo, la obesidad y el exceso de peso presentan una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida. Según estimaciones de la OMS, en el año 2005 existían aproximadamente 1600 millones de personas mayores de 15 años con sobrepeso, de los cuales 400 millones eran obesos. En cuanto a la población infantil, se estimó que en ese mismo año, la cifra de niños menores de cinco años con problemas de sobrepeso alcanzaba los 20 millones.<sup>2</sup>

La creciente preocupación mundial por la obesidad se debe a los efectos directos que esta tiene en la salud y a su asociación con las Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNTs), como la Diabetes Mellitus tipo II, la Osteoporosis y en especial las enfermedades cardiovasculares, que al menos en nuestro país representan la principal causa de morbi-mortalidad (Pizarro, 2007). Además, la obesidad infantil al igual que la del adulto, se asocia en un número importante de casos con enfermedades tales como dislipidemias (colesterol elevado), hiperinsulinemia, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, alteraciones ortopédicas (dorso curvo, pie plano y escoliosis), y apneas del sueño, además favorece la exclusión social y otros problemas como baja autoestima, depresión y desórdenes del apetito. Todas estas patologías presentes ya en esta generación de niños determinarán que ellos tengan mayores necesidades de atención médica cuando sean adultos jóvenes, las que se sumarán a las otras urgentes necesidades en salud presentes en otros grupos de población. Inevitablemente los costos en salud irán aumentando y la calidad de vida se deteriorará

---

<sup>1</sup> Informe sobre la salud en el mundo 2000, OMS.  
[http://ftp.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA53/sa4.pdf](http://ftp.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa4.pdf)

Encuesta Nacional de Salud 2003, MINSAL, Departamento de Epidemiología.  
<http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>

<sup>2</sup> OMS, Centro de Prensa, Nota Descriptiva N° 311, Septiembre 2006.  
<http://74.125.47.132/search?q=cache:MhQtxUn0w2kJ:www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html+estadisticas+mundiales+obesidad+oms+2008&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl>

aún más por la complejidad que significa el manejo de las enfermedades crónicas. (Castillo, C. Alimentosysalud.cl)<sup>3</sup>

Las consecuencias sanitarias, al mediano y largo plazo de la obesidad hacen de su prevención y tratamiento uno de los mayores retos de la salud pública para el siglo XXI. Las estimaciones de la OMS señalan que la erradicación de la obesidad reduciría en casi un 60% la prevalencia de diabetes tipo II, en un 20% la prevalencia de enfermedad coronaria y de accidente vascular encefálico y en casi un 30% la prevalencia de hipertensión arterial.

Consecuentemente la OMS ha propuesto una estrategia global sobre régimen alimentario y actividad física desde el año 2004, instando a los estados y países miembros de la Organización a implementarla. El desafío para los gobiernos es conseguir el cambio conductual de la sociedad y de los individuos, que permita disminuir la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles.

En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud 2003, el exceso de peso presenta una prevalencia alta y creciente desde los primeros años de vida. La obesidad afecta al 7,4% en los menores de 6 años, aumentando a un 17% en escolares de primer año básico y es del orden de un 25% en adultos y adultos mayores, estimándose que existen 3,4 millones de personas obesas en el país, las que superarán los 4 millones el año 2010, de continuar la tendencia actual. Si se considera además el sobrepeso, más de la mitad de la población nacional se encuentra en esta condición. Por lo tanto, es un tema prioritario y está presente en todos los Planes Regionales de Salud Pública.

El Ministerio de Salud, desde el 2006 potencia sus esfuerzos en la "Estrategia Global contra la Obesidad" (EGO-CHILE), que es de carácter amplio y que convoca a distintos sectores, sirviendo de plataforma para incluir e impulsar todas las iniciativas en el ámbito de la alimentación y la actividad física para generar nuevas acciones y estrategias que contribuyan a controlar el grave problema de salud pública que es el sobrepeso y la obesidad (MINSAL, Estrategia Global contra la Obesidad - Chile: Fundamentos, 2006)<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Cecilia Castillo. *Obesidad Infantil en Chile*.

[http://www.alimentosysalud.cl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=79&Itemid=68](http://www.alimentosysalud.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=79&Itemid=68)

<sup>4</sup> Estrategia Global contra la obesidad, Chile: Fundamentos. MINSAL, EGO-Chile. Documentos. <http://www.ego-chile.cl/Documentos/FundamentosEGO.pdf>

El objetivo es que las instituciones del Estado, el sector privado, el parlamento y otros, trabajen conjuntamente para fomentar políticas, legislaciones y programas destinados a mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física en la población, tomando en consideración los determinantes sociales y culturales, de manera que integren los principios de sustentabilidad, participación social y equidad.

Las metas concretas de esta estrategia apuntan hacia una disminución de la prevalencia de obesidad de un 7,4% a un 6% en los niños de 2 a 5 años que asisten a los jardines infantiles de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI); de 17% a 12% en los escolares de primer año básico que ingresan al sistema escolar y de un 32% a un 28% en las embarazadas controladas en los servicios de salud

Además, desde el año 2004 se implementa en Chile la “Estrategia de Intervención a través del Ciclo Vital para la Prevención de la Malnutrición por Exceso”, la que se dirige, en una primera etapa, a la población de embarazadas y niños(as) menores de 6 años. Según Pizarro (2007), con esta estrategia se pretende destacar ante los profesionales de salud y los beneficiarios del sistema, la magnitud de la actual epidemia de obesidad y sus enormes costos en términos de recursos y calidad de vida. Incorpora además los conceptos de anticipación al daño y de focalización, a través de la identificación y detección precoz de la población con factores de riesgo.

Entre los principales ejes de esta estrategia estuvo el incorporar nuevos controles de salud al primer y sexto mes postparto para la mujer, especialmente para vigilar la recuperación del estado nutricional pregestacional y una consulta nutricional al quinto mes y a los 3,5 años del niño, principalmente para educar y acompañar la alimentación al momento del destete. También un eje importante está basado en intensificar esfuerzos para generalizar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y mantención de lactancia materna en régimen de alimentación mixto hasta al menos el año de edad.

En relación al impacto y resultados de estas estrategias, en el año 2007, EGO-Chile, luego de un año de su implementación, informó que sus principales logros y avances apuntaban al reforzamiento de la Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital en la Atención Primaria de Salud, además de la renovación de Programas alimentarios y del Programa de atención para adultos y niños obesos, el Etiquetado Nutricional Obligatorio de Alimentos (ENOA), difusión a través de distintos medios de comunicación masiva y

conformación de una Red Nacional de Actividad Física. Sin embargo, las estadísticas (Crovetto M, Vio F, 2009) señalan que al término del 2007, aun no se producían los resultados esperados: en los niños de 2 a 5 años atendidos en la JUNJI se mantiene la obesidad en un 7,4%, mientras que en los escolares que ingresan al primer año básico la obesidad aumentó de un 17 a un 19,4% en el 2007, una de las más altas tasas del mundo.

Las descripciones de estas estrategias, obtenidas desde distintas fuentes (Pizarro, 2007; minsal.cl, EGO-Chile.cl) muestran que el componente básico de su intervención hasta ahora ha sido informacional, intentando educar y motivar especialmente a las madres respecto a la adopción de prácticas saludables de alimentación para el niño y su grupo familiar. Esto se hace promoviendo una imagen positiva respecto a los alimentos, recalcando en las madres que la alimentación saludable es compatible con el placer y que las comidas de su hijo deben seguir el orden preestablecido para su edad. No obstante, estas campañas informativas no toman en cuenta factores individuales y condiciones particulares en que las familias desarrollan sus prácticas de alimentación, tendiendo a generalizar las recomendaciones para toda la población. Esta podría ser una de las razones para que sus objetivos no se cumplan y la prevalencia de la obesidad en nuestro país siga en aumento. En relación a esto, en una entrevista reciente que intentaba recabar los éxitos y fracasos de EGO – Chile, la doctora Lorena Rodríguez, jefa del Departamento de Alimentos y Nutrición del Ministerio de Salud, expone que “apuntar a la decisión personal en el cambio de conducta implica resultados no muchas veces positivos y es por eso que el trabajo estructural ha resultado más lento, pues apoyar en forma más individual a las personas resulta un poco más complejo que dejar al libre albedrío a la población” (Revista Virtual Puntovital.cl, 2009). Se reconoce entonces que el aspecto individual es importante de abordar, pero las condiciones actuales de los programas no han permitido integrar aún en forma efectiva, actividades que apunten hacia el aspecto subjetivo de las prácticas de alimentación ejecutadas por las madres. Finalmente, la doctora reconoce que “si bien la comunidad está modificando su discurso, no pasa lo mismo con su decisión final”, y señala como una solución para este problema, que entre los desafíos a futuro de la estrategia, se deben desarrollar mensajes más efectivos para que las personas puedan entenderlos de manera individual y usarlos en forma positiva. Sin embargo, no explica actividades específicas para llevar a cabo este objetivo ni cómo abordar las condiciones particulares en que vive la población que es objeto de

intervención. La especialista asume que el trabajo será lento y que la estrategia lleva pocos años en marcha, por lo que se espera que puedan ir cumpliéndose sus objetivos en la medida que los programas se integren efectivamente y que se haga un seguimiento continuo de las actividades a ejecutar.

La situación de Chile en materia de prevención de la obesidad, puede asemejarse a otros países, tales como España, en donde desde el año 2005 se ejecuta la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS), cuyos objetivos son afines a los de EGO – Chile en cuanto a lograr un trabajo intersectorial en el tema. En un balance realizado luego de tres años de su implementación (Segunda Convención NAOS, 2008)<sup>5</sup> se señala que si bien no se pueden esperar resultados masivos hasta el 2015, hasta la fecha se han logrado buenos resultados con las campañas informativas en diferentes medios de comunicación, especialmente en la regulación de la publicidad de alimentos dirigida a menores de edad. También se señala, al igual que en el caso de Chile, que el avance en el ámbito individual es lento, reconociéndose la importancia de que en el futuro se realice un trabajo multidisciplinario a nivel familiar y especialmente en las madres de niños pequeños.

Por lo tanto, el trabajo individual con las madres, tanto en otros países, como en Chile, no ha sido descartado, sino que ha sido difícil de implementar hasta la fecha.

En el caso chileno, desde que se implementa la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital, se consideró primordial que la madre y el grupo familiar estuvieran preparados, tanto para apoyar el aprendizaje de preferencias alimentarias saludables en los niños, como para preservar la capacidad innata de estos de alimentarse adecuadamente, obedeciendo a señales internas que los llevan a mantener un adecuado balance energético. Se tiene presente que el niño nace con una preferencia ya determinada por alimentos dulces y salados y con un rechazo por los sabores ácido y amargo, además de que la apetencia y el gusto se establece en las primeras etapas de la vida, especialmente, en la etapa de incorporación del niño a la alimentación familiar, condicionando los hábitos alimentarios a edades posteriores. Por lo tanto, se entiende que si rompemos los equilibrios naturales ofreciendo alimentos en exceso o muy dulces o

---

<sup>5</sup> II Convención NAOS: Conclusiones. Madrid, 20 y 21 de febrero de 2008. En [http://www.naos.aesan.mspes.es/naos/ficheros/estrategia/Conclusiones\\_II\\_Convencion\\_NAOS.pdf](http://www.naos.aesan.mspes.es/naos/ficheros/estrategia/Conclusiones_II_Convencion_NAOS.pdf)

salados, esto puede ser determinante en una preferencia inadecuada de alimentos en el futuro (Pizarro, 2007). Se evidencia entonces que la Estrategia siempre ha considerado el rol de la familia y particularmente de las madres, sin embargo se está en proceso de implementar actividades adecuadas para que ellas reconsideren y eventualmente modifiquen sus prácticas de alimentación.

## **5.2. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN**

Manclntyre (1984) define práctica como “cualquier forma coherente y compleja de actividad humana establecida socialmente, a través de la cuál se logran bienes internos a esa forma de actividad”. Las prácticas alimentarias, por tanto, incluyen no solo los alimentos que se ingieren sino también aquellos que no se ingieren, cuanto, cómo, cuándo y que consecuencias tienen estos, incorporando los significados y relaciones de significados que hay en torno a la alimentación. Estas prácticas tienen la génesis de su desarrollo en pautas socioculturales, construidas como producto del entorno social y que se constituyen en rasgos característicos de la cultura local. En este sentido, Domínguez-Vázquez et al (2008), mencionan que la alimentación es un “hecho social” que funciona como medio de relación e interacción entre las personas dentro de la cultura.

Por la diversidad de factores que se involucran en la alimentación, las investigaciones se plantean desde puntos de vista diferentes; unas parten de la alimentación como ingesta, donde la cantidad y el tipo de alimentos de la dieta es lo relevante a estudiar, mientras que por otro lado existe el estudio de la conducta y prácticas de alimentación, con una orientación a la relación que tienen los individuos con los alimentos, enfoque en el cual se enmarca la presente investigación.

Dominguez-Vázquez et al (2008), señalan que las prácticas de alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con los alimentos en el entorno familiar y social por imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. Lo que refiere un papel central a la madre dentro de la formación de hábitos alimentarios en sus hijos, pues son éstas las que tradicionalmente han asumido el rol de ser las encargadas de la nutrición infantil.

En este sentido, la variedad de factores que influyen en las prácticas de alimentación de las madres, pueden llevarnos a diversas líneas de investigación, pero consideramos relevante enfocarnos en aquellos factores intersubjetivos que intervienen en la formación de las prácticas de alimentación. De esta manera, estas prácticas deben estudiarse a través de un constructo que incorpore las concepciones que están a la base de las mismas, como lo son las “teorías implícitas”, permitiendo así, avanzar en la búsqueda de estrategias para la mantención o modificación, según sea necesario, de las diferentes prácticas de alimentación.

### **5.3. TEORÍAS IMPLÍCITAS**

Para estudiar los aspectos intersubjetivos que influyen en como las madres alimentan a sus hijos, partimos desde la visión constructivista de que el conocimiento es una construcción subjetiva, en la que la realidad deja de ser una entidad absoluta, externa a nosotros. De esta manera el conocimiento implica una perspectiva relativa sobre la realidad, en que las personas conocen la realidad a través de sus conductas e interacciones. Sanders (1993) señala que toda llamada “realidad” es la construcción que realizan aquellos que la han descrito. Así el constructivismo propone una alternativa al concepto de conocimiento, en la que este ya no es un objeto en sí mismo, sino una acción o un proceso de construcción situada (Cubero, 2005).

En este sentido, Rodrigo señala que la forma en que las personas adquieren conocimientos y crean concepciones acerca de determinados dominios, lo realizan a través de un proceso de construcción de su realidad, utilizando formas similares a las de las teorías científicas, y re-significando lo que ellas entregan. Rodrigo et al, señalan que “no es de esperar que las personas tengan una concepción global del mundo coherente en su totalidad, ni tampoco hay que confundir coherencia en las ideas con su sistematicidad y exactitud. Las personas suelen tener ideas incompletas y un tanto simplificadas de la realidad que, además, permanecen inaccesibles a la conciencia.” (Rodrigo, Rodríguez y Marrero ,1993)

Las representaciones sociales, que pueden ser definidas como esquemas de conocimiento compartidos acerca de la realidad social, que orientan la conducta de las personas miembros de un grupo social, nos llevan a una aproximación mayor al tema que deseamos investigar. Dentro de las representaciones sociales, podemos encontrarnos

con las teorías implícitas, las cuales también han sido llamadas “Teorías ingenuas” o “de sentido común”, pues hacen referencia a la dicotomía entre conocimiento científico y conocimiento “natural”. Epistemológicamente estas “teorías” son planteadas como una aproximación al conocimiento cotidiano y organizado del sujeto sobre alguna materia relevante en su repertorio de prácticas habituales, en base a esto, resulta pertinente pensar que las prácticas de alimentación, al ser una conducta cotidiana, carente de complejidad en su despliegue, sean orientadas por teorías ingenuas.

Para Rodrigo et al (1993) las teorías implícitas son representaciones individuales construidas sobre la base de experiencias adquiridas principalmente en entornos sociales y este proceso de construcción individual se ve mediatizado por formas culturales (prácticas o actividades) de interacción social propiciadas por una determinada sociedad. En este sentido es importante tener en cuenta, que los procesos de construcción individual de conocimiento se realizan en entornos sociales, y a su vez estos procesos son influidos por las formas culturales propias de la sociedad en que la persona está inmersa.

Otra característica de estas construcciones simbólicas, es que las “teorías implícitas” no se adquieren mediante instrucciones explícitas o formales, sino que de manera espontánea en contextos sociales o culturales, en los cuales debido al carácter implícito de estas teorías, las personas no son necesariamente conscientes del impacto de estas en su comportamiento. Las “teorías” se activarían por metas o demandas específicas ante la situación que se presente, ya que no serían teorías almacenadas en la memoria de manera rígida, sino que un conjunto de experiencias en torno a un ámbito, a partir de las cuales las personas sintetizan una determinada teoría para diferentes propósitos, según se requiera. Esto se refiere a que las personas no accedemos teorías puntuales y limitadas, guardadas en nuestra memoria, como lo hacemos con los libros, sino que en los momentos en que se nos presentan tareas de diversas índoles, como lo es interpretar el llanto de un bebé, o decidir si damos o no tal o cual alimento a los niños, accedemos a una síntesis de lo que podemos saber acerca del tema, lo cual hemos adquirido en distintas instancias sociales y culturales.

Rodrigo, Rodríguez y Marrero (1993) señalan que “las “teorías implícitas” se construyen, principalmente a partir de experiencias directas, compartidas o no con los otros, o bien a partir de experiencias obtenidas durante la observación del

comportamiento ajeno”. En este sentido, también se menciona que cuanto más ricos y variados son los contextos en los que las personas interactúan, mayor es la probabilidad de contar con una gran variedad de experiencias que permitan construir síntesis de conocimiento alternativas sobre un determinado ámbito. Es así, que el repertorio de prácticas sobre las cuales la madre puede optar al momento de alimentar a su hijo, dependerá de la cantidad de contextos en los cuales ella interactúa, tales como el ambiente familiar, el contexto médico, los medios de comunicación, las relaciones con amistades, etc. También, estos autores, señalan que dependiendo del ámbito en que se formen, las teorías propiamente científicas influirán de mayor o menor manera; “El impacto de estas teorías en el hombre de la calle no radica en su carácter de verdad, sino en el poder que ejercen como creadoras de modelos y prácticas culturales” (Rodrigo et al, 1993).

En cuanto a nuestro estudio, el plano social de las teorías implícitas, así como la mediatización cultural a la cual son expuestas, implican que las madres no eligen al azar sus prácticas de alimentación, sino que su elección proviene de la forma en que comprenden la alimentación y específicamente la alimentación infantil, según necesidades del niño o niña, y de prácticas y concepciones culturales arraigadas en ellas. Es con esto en mente, que podemos concebir que a pesar que las personas entregarán concepciones construidas de manera individual, es posible realizar un proceso inferencial, a través de una metodología cualitativa, desde el cual se derivan principios comunes a las diferentes concepciones y creencias presentadas por los sujetos de estudio, que permitan reconstruir las “teorías implícitas” que los sustentan.

Para lograr esta reconstrucción, trabajaremos a través de marcos de referencia contruidos desde la evidencia aportada por otras investigaciones en la materia, los cuales entregarán los lineamientos en el estudio de aquellos aspectos que participan en la formación de las “teorías implícitas” que estén a la base de las prácticas alimentarias de las madres de niños de 6 a 12 meses.

#### **5.4. DOMINIOS A INVESTIGAR**

A través de la revisión bibliográfica realizada, fue posible encontrar resultados y conclusiones recurrentes que ponen énfasis en aquellos aspectos subjetivos que

intervienen en las prácticas de alimentación maternas. Estos resultados se pueden organizar en tres dominios de análisis que son los que se proponen como punto de partida en esta investigación:

- Concepciones respecto a la relación entre salud y alimentación.
- Concepciones acerca de la privación de alimentos.
- Concepciones sobre conductas y señales en torno a la alimentación.

Dentro de esta investigación se busca integrar estos dominios, obtenidos de distintas investigaciones y a la fecha solo vistos de forma parcelada y en muestras diferentes, en un marco teórico comprensivo coherente que serían las teorías implícitas acerca de la alimentación infantil en una muestra única de madres de niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, aceptando la posibilidad de que durante la investigación emerjan categorías no pertenecientes a estos dominios previamente definidos, y que deban ser atribuidos a un nuevo dominio de análisis.

#### **5.4.1. Concepciones Respecto A La Relación Entre Salud Y Alimentación.**

De acuerdo a Martín Criado y Moreno Pestaña (2003) la penetración de las categorías del discurso médico sobre salud y nutrición es cuantitativa y cualitativamente diferente según la posición social de los sujetos. Cuantitativamente: a medida que los sujetos se hallen más escolarizados, con mayor nivel social y cultural dominarán en mayor extensión los conceptos y categorías del discurso médico sobre salud y nutrición y conocerán mejor sus preceptos. Cualitativamente: a medida que sus esquemas de categorización de alimentos sean más extraños a los del discurso médico sobre salud y nutrición, estos sufrirán una mayor labor de reinterpretación según las categorías propias pre-existentes. Asimismo, la mayor o menor analogía entre las categorías alimentarias del grupo de origen del sujeto y las del discurso médico determinará profundamente cuáles de las categorías del discurso médico serán ignoradas, modificadas, y cuáles serán apropiadas dentro del sistema de significados previo del sujeto.

A partir de los resultados de la investigación sobre “Prácticas y discursos sobre alimentación en la población en Andalucía” (Martín Criado, 2005), que sirvió de insumo para el “Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada entre el

período 2004-2008 de Andalucía”, se señala que a pesar de que el discurso médico, en la actualidad, llega a todas las capas sociales -a través de los medios de comunicación, de la escolarización obligatoria y de las visitas obligatorias a hospitales y pediatras-, su penetración en ellas es muy distinta, tanto cualitativa como cuantitativamente: más rápida y profunda en las posiciones más elevadas de la estructura social; más lenta y desigual a medida que bajamos hacia la base de la pirámide social. En los grupos que fueron analizados en el estudio, aunque casi todas las mujeres provenían de posiciones sociales muy similares, se puede ver esta penetración diferencial del discurso médico.

En base a esta diferencia, se distingue un polo denominado legítimo –más próximo al discurso médico- de un polo denominado tradicional –poco influenciado por este discurso-. La mayoría de las participantes se hallaban en algún punto intermedio entre ambas concepciones: sin embargo, las lógicas que acompañan estas concepciones son más fáciles de comprender desde estos polos entre los que se mueven.

#### Polo Legítimo

En este polo la concepción de salud y la de su relación con la alimentación se acerca a la médica. Aquí la salud constituye un estado ideal, difícilmente alcanzable, amenazado en cualquier momento por la enfermedad. El comportamiento sano sería asimilable a una delgada línea de comportamiento correcto, saludable; cualquier acto que se saliera de esta delgada línea sería una desviación respecto a lo sano, un paso hacia la enfermedad, la cual se produciría por una acumulación de desviaciones que nos alejarían cada vez más del estado de salud. La enfermedad declarada no sería sino el último eslabón de una degeneración progresiva del organismo producto de estas desviaciones de la norma sana en los comportamientos.

En el terreno de la alimentación, esta concepción tiene consecuencias claras: las elecciones y prácticas cotidianas en alimentación están condicionadas fuertemente por su relación con la salud. Las consideraciones prácticas –el tiempo de preparación de los alimentos, la paciencia que hay que tener para que los niños coman los alimentos que la madre considera sanos- quedan en segundo lugar respecto al objetivo de conseguir una dieta saludable. Mientras que para la mayoría de las participantes desviaciones importantes de la norma saludable no suponen peligros inminentes y se pueden asumir perfectamente, para las participantes situadas en el polo legítimo, el umbral a partir del cual ponemos en peligro nuestra salud es mucho más estricto, excluye muchos más

comportamientos y sólo permite un número muy limitado de ingestas –extraordinarias contrarias a la norma nutricional.

En esta posición, que funde la concepción de salud como norma con un modelo disciplinario-normalizador de la educación, la madre es completamente responsable de la salud y nutrición de los hijos en varios sentidos. Ella ha de inculcar en sus hijos hábitos de alimentación sana: éste es un objetivo que no admite excusas, y para cumplirlo debe utilizar todos los recursos posibles –tiempo, paciencia, elaboración culinaria para engañar o disfrazar aquellos alimentos que siendo saludables, sean inicialmente rechazados o de difícil inclusión en la dieta infantil.

Desde este polo legítimo, se puede acusar de “malas madres” a todas aquellas que no son capaces de vencer la resistencia de sus hijos y ceden a sus caprichos –esto es, a sus deseos irracionales-.

Por último, la buena madre es una consumidora consciente e informada, que está al tanto de los conocimientos nutricionales para poder proporcionar a su familia una alimentación conforme a la norma médica.

### Polo Tradicional

La salud no sería aquí una delgada línea de la que podemos alejarnos a cada momento, sino un estado opuesto y claramente separado del de enfermedad. La enfermedad es un estado que puede sobrevenir, una especie de accidente –aunque en el caso de enfermedades concretas se pueda atribuir su aparición a comportamientos continuados anteriores-, que lleva al cuerpo a un estado de “debilidad”. Frente a él, se halla el estado de salud, un estado de “fuerza” en el que el sujeto puede vivir tranquilamente sin preocuparse demasiado mientras no cometa excesos. Al ser concebidos la salud y la enfermedad como dos estados claramente separados, el paso de uno a otro se da, no por desviaciones sucesivas, sino de manera brusca: la enfermedad es una especie de accidente en el que uno cae; la salud se recupera gracias a algún “remedio” que anule la enfermedad.

Esta separación radical está vinculada a una concepción de la enfermedad muy distinta a la que impera en el polo legítimo. En éste, cualquier desviación de la delgada línea de salud supone entrar en el ámbito de la enfermedad, aunque ésta no se traduzca todavía en trastornos corporales perceptibles. Por el contrario, en el polo tradicional, la

enfermedad supone síntomas que trastornan el funcionamiento cotidiano del cuerpo, que lo incapacitan –ya sea por dolores, fiebre, reducción de la movilidad...- para llevar a cabo las tareas ordinarias. La enfermedad constituye un ámbito bien circunscrito de disfunciones físicas evidentes, claramente perceptibles, fuera del cual una persona se halla sana.

Este esquema básico tiene una repercusión fundamental en los comportamientos cotidianos de cara a la salud. Mientras uno esté sano, no debe preocuparse demasiado por su salud. Con guardar unos mínimos cuidados, basta. La cosa cambia cuando uno entra en el estado de enfermo: entonces tiene que empezar a poner remedio y a tomar precauciones.

En el plano de la alimentación, ello supone una distinción radical entre la alimentación cotidiana ligada a la salud cotidiana –que no supondría grandes preocupaciones de salud- y la alimentación en caso de enfermedad. El cuidado de la alimentación sólo afectaría a los enfermos. En este caso, dos tipos de alimentos serían los más apropiados.

Por un lado, los alimentos-remedio: alimentos o combinaciones de alimentos que, a la manera de medicinas, serían apropiados para combatir enfermedades específicas. Por otro, alimentos que den fuerza, que combatan el estado de debilidad consustancial a la enfermedad. A su vez, dada la separación radical entre salud y enfermedad, estos alimentos de enfermos sólo se mantienen mientras persista la enfermedad, siendo abandonados una vez superada la misma

Todo opone así esta concepción a la del polo legítimo. Frente a una continuidad fundamental entre la salud y la enfermedad, que lleva a una vigilancia continua de los comportamientos, aparece una discontinuidad radical, que lleva a la despreocupación en el estado de salud y a la búsqueda de remedios puntuales contra las enfermedades en períodos de tiempo circunscritos.

Frente a una concepción de largo plazo, una concepción de corto plazo: la enfermedad se debe a una disfunción metabólica, a un exceso o a un envenenamiento; la salud se recupera o se debe recuperar mediante remedios a corto plazo. El control de sí sólo se concibe como un control puntual, un control que sólo se prolonga con la enfermedad declarada. Por ello, cualquier medicamento que actúe a corto plazo es mejor

que un control de la alimentación a largo plazo. La vigilancia continua de sí, que requeriría además el enorme esfuerzo de tener que someterse a dietas muy distintas de las que se aprecian a partir de los principios del habitus, sólo es posible cuando los dolores o la incapacidad obligan permanentemente.

Estos resultados han dado paso a la publicación de nuevos artículos de Martín Criado en torno a este tema como son “El valor de la buena madre, oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares” (2004) y “El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía” (2007)

#### **5.4.2. Concepciones Respecto A La Privación De Alimentos**

Numerosas investigaciones en torno a las prácticas de alimentación infantil dan cuenta de estrategias que utilizan los padres para influir ya sea en el tipo, como en la cantidad de alimentos que el niño ingiere (Wardle y Carnell, 2006). Estas prácticas se encuentran directamente relacionadas con lo que las madres consideran como las preferencias alimentarias de los niños. Asimismo, otras investigaciones (Baughcum, et al, 2001 y Crouch, et al, 2007), dan cuenta de construcciones subjetivas que tienen las madres, incluyendo creencias y percepciones, que influyen en que estas lleven a cabo determinadas prácticas, tales como la imposibilidad de restringir alimentos hacia los cuales los niños muestran preferencias, el alimentar a sus hijos según sus propios gustos y el no privar a sus hijos de alimentos que comen otros niños de su misma edad, entre otras.

En base a lo anterior, se hace relevante destacar el papel que tienen dichas construcciones para la comprensión de las prácticas de alimentación maternas.

Baughcum A. et al (1988) identificaron creencias y prácticas de alimentación materna asociadas con obesidad infantil. En este artículo se señala que la mayoría de los bebés inician la alimentación complementaria entre los 4 y 6 meses de edad, incluyendo en esta, alimentos propios de edades mayores. Dentro de las razones esgrimidas por las madres, se plantean dificultades en el establecimiento de límites respecto a las conductas de los niños en torno a la alimentación. Los autores señalan que la privación de alimentos

responde a una temática emocional para las madres, lo que coincide con el estudio de Pagnini, et al (2007), en el cual se refleja que este componente emocional, alude al deseo reparatorio de no cometer una injusticia respecto de la alimentación de sus hijos, favoreciendo la permisividad respecto a la cantidad y tipo de alimento que se ofrece a los hijos.

Las prácticas de alimentación más recurrentes de las que dan cuenta estos estudios con respecto a la privación de alimentos, son:

Proporcionar alimentos requeridos por el niño, no adecuados a su nivel de desarrollo: a pesar de las recomendaciones de profesionales de la salud, las madres sostienen la creencia que cuando sus hijos muestran preferencia por algunos alimentos, estos son apropiados para ellos.

No privar alimentos ya presentados en la dieta: una vez que las madres han introducido nuevos alimentos a la dieta de sus hijos, se les dificulta la restricción de éstos, permitiéndoles comer la cantidad y variedad que quieran. La razón expuesta es que al hacerlo no estarían saciando el hambre de sus hijos, a pesar de que los alimentos presentados no sean del todo saludables.

Alimentar según preferencias maternas: las madres tienden a alimentar a sus hijos según sus propios horarios y necesidades de alimentación, manifestando temor cuando ellas se alimentan y sus hijos no. En este sentido las madres también manifiestan alimentar a sus hijos según sus propios gustos, porque consideran “injusto” privarlos de alimentos que puedan resultarles ricos o sabrosos.

Finalmente, Baughcum A. et al (1998), a modo de integración de estos hallazgos señalan que la privación de alimentos implica una cuestión emocional para las madres en que les es difícil establecer límites entre permitir o restringir alimentos de acuerdo a las prácticas señaladas, porque restringirlos es considerada como una acción injusta hacia sus propios hijos, atentando incluso contra las preferencias alimentarias infantiles. Esto coincide con el estudio de Pagnini D. et al (2007) en el que la privación de alimentos es interpretada por las madres como una negación del derecho que tienen sus hijos a optar por determinados tipos de alimentos, derecho que se comienza a reconocer ya a partir de la introducción de la alimentación complementaria.

### **5.4.3. Concepciones Sobre Conductas Y Señales En Torno A La Alimentación**

A partir de lo recogido de distintos estudios (Worobey J. et al, 2009; Baughcum A. et al, 1998; Dunn J, 1999; Domínguez-Vásquez P. et al, 2008), se ha señalado que las respuestas de las madres respecto a las conductas de sus hijos a la hora de alimentarlos, se basan en las concepciones y autoexplicaciones que ellas han generado respecto a las señales que tales conductas connotan.

De lo expuesto en dichos estudios, se pueden integrar las principales respuestas de las madres dentro de tres clases:

#### **1. Interpretar conductas como señales hambre:**

Muchas son las madres que interpretan algunas conductas de sus bebés como señales incuestionables de hambre (Baughcum A. et al, 1998). La principal conducta interpretada como señal confiable de que el niño quiere comer es el llanto, ya que estas consideran que la mayoría de las veces éste se debe a que tiene hambre y no a otras razones como frío o dolor, u otras necesidades que requieran llamar la atención (o simple necesidad de ser atendido). Respecto a este punto, se tiene conocimiento de que algunas madres responden al llanto de manera inmediata dando de mamar, sin pensar en cuanto tiempo ha pasado desde la última toma (Dunn J, 1999). También puede ocurrir que respondan con la alimentación inmediata incluso cuando recién se le ha alimentado, al considerar que si el bebé llora al poco tiempo de dejar de amamantar, es porque ha quedado insatisfecho, y no por otras razones ajenas a la alimentación (Dunn J, 1999).

Existen además otras conductas que son percibidas por las madres como señales de hambre, como las inclinaciones e intentos para acercarse a la comida que está en la mesa (Baughcum A. et al, 1998), ellas comprenden esta acción de su hijo o hija como señales ineludibles de que este desea comer ese alimento, razón por la cual, ellas responden entregándoles los alimentos que pretenden alcanzar, incluso cuando nunca antes se los han dado o no corresponden a la dieta normal del niño.

#### **2. Ignorar señales de saciedad:**

Existe evidencia, además, de que las madres tienden a ignorar o no tomar en cuenta las señales de saciedad del bebé, preocupándose más de otros aspectos que envuelven la situación de comida (Worobey J. et al, 2009; Domínguez-Vásquez P. et al,

2008; Orrell-Valente J. et al, 2006; Osorio J. et Al, 2002). Así, por ejemplo, las madres consideran más importante que la mamadera sea vaciada, aún cuando el niño muestre señales claras de no querer más leche, como cerrar los labios y mover la cabeza para desviar la mamadera (Worobey J. et al, 2009).

También ocurre que un alto porcentaje de madres inducen a sus hijos a comer más allá de las señales de autorregulación innatas (Orrell-Valente J. et al, 2006). Esto muestra que las madres pueden incluso saber que sus hijos ya no quieren comer más, y sin embargo, insisten en seguir alimentándolos, preocupados de que sus hijos tengan una nutrición adecuada y también de “socializar” la cantidad de alimentos, es decir, que coman la cantidad socialmente aceptada para su edad.

Otra conducta que realizan las madres al ver que los hijos rechazan el alimento, y que las hace pasar por alto su saciedad, es ofrecerle una comida distinta a la que ha rechazado, intentando convencerlo de cualquier manera de que debe alimentarse para poder nutrirse bien y ser un niño sano (Luna, M. et al.1999). Si la madre considera que este nuevo alimento tiene los suficientes nutrientes para darle una alimentación adecuada al niño, no dudará en incentivarlo a que lo consuma, independiente de si este muestra interés en él o no.

Finalmente, en relación al mismo tema, pero ligado a las diferencias culturales, se tiene evidencia de que las madres de nivel socio económico bajo perciben como adecuado que las porciones y tipos de alimentos deben ser abundantes, que el plato debe ser vaciado antes de completar el horario de alimentación, o que las mamaderas deben ir adicionadas de componentes “llenadores” tales como cereales y bastante azúcar (Osorio et al, 2002) Una vez más, en estas prácticas se pasan por alto los indicadores de saciedad de los hijos.

Cabe destacar que varios de estos estudios recalcan la idea de que los niños parecen tener una capacidad innata para regular su toma de energía y que esta capacidad puede ser desordenada cuando los bebés ignoran sus pistas internas de hambre y saciedad, a favor de pistas externas como las estrategias alimenticias de control e incentivo de los padres (Orrell-Valente J. et al, 2006; Worobey J. et al, 2009).

En relación a estas estrategias, resultan interesantes los hallazgos de Lyng V. et al (2006), en donde advierten que las familias con niños obesos que no presentan

efectividad en el tratamiento se caracterizan por utilizar el alimento como forma simbólica de demostrar afectos a sus hijos y por ejercer un estilo de alimentación autoritario hacia ellos, en donde los alimentos son elegidos y proporcionados en su mayoría por la madre. Ambos elementos conllevan a la ausencia de percepción por parte de los niños de claves internas de saciedad y hambre, haciendo depender la ingesta de comida a criterios externos. Sin embargo, lo anterior no sucede en las familias que presentan un tratamiento efectivo de la obesidad, pues en ellas no se observan conductas alimenticias que tengan otro fin que no corresponda al estrictamente nutricional.

Si bien esta última investigación apunta a familias de niños de mayor edad que los mencionados en estudios anteriores, nos permite visualizar una vez más cómo las estrategias alimenticias de los padres, enfocadas en ámbitos externos a la nutrición, conllevan a que los niños no utilicen y pierdan sus pistas internas de regulación alimenticia.

### 3. Considerar la alimentación como estrategia de regulación:

Diversos estudios muestran que las madres en reiteradas ocasiones utilizan la alimentación como una forma de conseguir conductas deseadas en los hijos tales como mantenerse tranquilo y contento, además de que adquieran buenas costumbres, más que para satisfacer el hambre de estos (Baughcum A. et al, 1998; Domínguez-Vásquez P. et al, 2008). Muchas veces estas madres, en un intento de calmar a los bebés cuando están irritados o también para mantenerlos quietos, les ofrecen comida, independientemente de la última vez que fueron alimentados o de si realmente este muestra señales de tener hambre. La comida, por lo tanto, aparece como una solución rápida y fácil de utilizar para las madres, frente a los diversos problemas que pueda estar causando la conducta del niño.

Los dominios de análisis anteriormente señalados serán organizados al interior de un modelo de teorías implícitas de las madres de niños de 6 a 12 meses respecto a la alimentación, el cual permitirá aunar los hallazgos encontrados en la bibliografía. Este modelo apunta a conocer cómo comprenden y organizan las madres aquellas teorías implícitas que incluyen la toma de decisiones, creencias, juicios, etc., acerca de las prácticas de alimentación infantil, y será corregido a la luz del discurso de las madres, para llegar a un modelo emergente final.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación corresponde a un estudio de tipo cualitativo descriptivo, no experimental y transversal. Se utiliza una metodología cualitativa, ya que este enfoque nos permite una aproximación al fenómeno de las prácticas de alimentación desde la perspectiva de las propias madres, comprendiendo los contextos de significado con los que estas operan, esto de una manera principalmente holística, interpretativa y empática. Se comprende como un estudio exploratorio descriptivo, ya que se busca describir y analizar cómo comprenden y organizan las madres sus prácticas de alimentación, es decir, comprender las prácticas en términos de los motivos de éstas para llevar a cabo determinadas prácticas de alimentación. Se entiende como una investigación de diseño no experimental, dado que se explorarán las distintas dimensiones del objeto de estudio sin manipularlas intencionadamente, buscando describir, comprender e interpretar el fenómeno tal como se da en su contexto natural. Por último, se define como un estudio transversal ya que los datos que se obtendrán corresponderán a un tiempo único, es decir, serán recabados en un sólo momento temporal.

### 6.2. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Como técnicas para la recolección de los datos, se pretenden utilizar de modo secuencial en el diseño la entrevista focalizada y la técnica de grupos focales.

La **entrevista focalizada** permite la obtención de detalles respecto de la problemática desde una mirada subjetiva biográfica. Tal y como describen Merton Kiske y Kendal (1956), la principal función de este tipo de entrevista es centrar la atención del entrevistado sobre la experiencia concreta que se quiere abordar; para ello, hay una labor previa que consiste en delimitar los puntos o aspectos que deben ser cubiertos. Esta delimitación se hace en función de los objetivos de la investigación, de las hipótesis de partida, de las características del entrevistado y de su relación con el suceso o situación que quiere ser investigado.

La utilización de **grupos focales** favorece la utilización de la discusión grupal como un medio para generar un entendimiento profundo de las experiencias y creencias

de los sujetos en torno a un problema de investigación. El grupo focal es un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes.

### 6.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para lograr dar cuenta de cómo comprenden y organizan las madres sus prácticas de alimentación, se ha elaborado un diseño cualitativo que integra en fases sucesivas las técnicas de recolección y análisis de datos señaladas en párrafos precedentes.

En la **primera fase exploratoria**, se desarrollará un grupo focal inicial, con la idea de que las investigadoras se familiaricen desde una mirada abierta con el tema; reconociendo la perspectiva de los propios actores, conociendo su propio lenguaje y contextos particulares en los cuales se desarrollan las prácticas de alimentación. El análisis del material grabado en video y escrito que surge de esta fase, permitirá a las investigadoras desarrollar el modelo inicial de teorías implícitas, incorporando nuevos dominios o fases del proceso, que serán los insumos para la segunda fase de la investigación.

En la **segunda fase de reformulación del modelo de Teorías Implícitas** de las madres respecto de la alimentación de sus hijos, se construirá un guión de entrevista semiestructurada, a partir de los insumos de la primera fase, donde se busca aprehender aquella dimensión individual y más concreta de las prácticas de alimentación de las madres, además de aportar información de cómo ellas se explican y comprenden lo que hacen en relación a este ámbito en particular desde su propia experiencia. De esta manera, estas entrevistas focalizadas ya nos entregarán un conjunto de datos de los cuales se derivará información para ir contrastando con el modelo inicial de teorías implícitas, de modo de ir generando un modelo comprensivo emergente que integre toda la información recabada, tanto del focus group como de las entrevistas.

En la **tercera fase de comprobación del modelo emergente**, se realizará un último grupo focal, que permita exponer el modelo a sujetos clave de la investigación (madres o grupo de investigadores expertos) y las conclusiones provenientes de las entrevistas, a fin de revisar su pertinencia, teniendo en cuenta además, que en este grupo

focal existe la posibilidad que emerja información relevante que se deba analizar y que podría eventualmente enriquecer la propuesta inicial de las investigadoras.

Para facilitar su comprensión, en el apartado siguiente se describirán en detalle cada una de las fases de la investigación con sus respectivos análisis de datos y resultados.

## 7. RESULTADOS

### 7.1. FASE EXPLORATORIA

#### 7.1.1. Descripción Proceso De Recolección De Datos

##### Participantes

Las participantes fueron reclutadas mediante muestreo inintencionado, por disponibilidad y no estratificado.

Se contactaron tres consultorios de la provincia de Valparaíso, considerando aquellos que atienden una mayor proporción de población general, y que actualmente implementan programas centrados en los primeros meses y años de vida de los niños, tales como el Chile Crece Contigo y el Control del Niño Sano, en donde la nutrición infantil es un tema prioritario. De estos, dos respondieron favorablemente a la invitación a participar de esta investigación: el Centro de Salud Barón (CES Barón) y el Centro de Salud Familiar Reina Isabel II (CESFAM Reina Isabel II), ambos dependientes de la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL). Posteriormente cada uno nos entregó un listado de 40 posibles participantes, de quienes se tenía registro de su domicilio y número telefónico de contacto. Posteriormente se logró contactar telefónicamente a un total de 68 madres de niños entre 6 y 12 meses de edad, de las cuales inicialmente 19 confirmaron su asistencia. Finalmente 5 asistieron a la realización de la actividad, cuyos perfiles se describen a continuación:

<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Edad del Hijo</b>	<b>Número de Hijos</b>	<b>Consultorio de procedencia</b>
He	24	8 meses	2	C. Reina Isabel II
Y	38	9 meses	3	C. Reina Isabel II
A	17	11 meses	1	C. Barón
P	32	9 meses	3	C. Barón
Ho	43	11 meses	2	C. Barón

**Tabla 1: Participantes Focus Group fase exploratoria**

## Metodología

Esta primera fase de investigación, tuvo como objetivos pesquisar como se expresa la sensibilización del grupo de madres respecto al tema de la alimentación infantil y explorar las prácticas de alimentación de estas madres respecto de sus hijos y los contextos en que estas se desarrollan (Ver anexo 1 en que se detalla la descripción del método y objetivos del focus group).

Esta fase exploratoria se llevó a cabo utilizando la técnica de focus group, el cual se realizó en la escuela de psicología de la Universidad de Valparaíso, y fue dirigido por una de las integrantes de la presente investigación, mientras que las otras tres integrantes participaron en la grabación y en la observación, realizando aportes para la clarificación de los datos obtenidos (Ver anexo 2, en que se describe la realización del focus group). Al finalizar, se le entregó un regalo a cada una de las participantes, en forma de agradecimiento por la participación.

### **7.1.2. Descripción Proceso De Análisis De Datos**

Luego de realizado el focus group, se procedió al análisis del material textual reportado por las madres. El procedimiento para llevar a cabo el análisis de los datos es el método de Análisis de Contenido. Los pasos fueron los siguientes:

1. Obtención de documento primario. El documento primario corresponde a la transcripción de la grabación del focus group realizado (Ver anexo 3). Por medio de este se obtiene la información necesaria para realizar el análisis en función de los objetivos propuestos y en función de la realización del guión para la segunda fase de recolección de datos.
2. Selección de citas. De acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación, se seleccionaron unidades de análisis que corresponden a oraciones y/o frases extraídas de este focus group que dan cuenta de las prácticas que estas madres despliegan respecto a la alimentación infantil.
3. Ejes de análisis. Establecida la selección, se sistematizó la información en categorías de análisis, las cuales emergieron de las propias madres, coincidiendo

con los dominios emanados del marco teórico. Categorías que fueron definidas operacionalmente.

4. Categorización. Se refiere a la creación de un sistema de codificación que organiza las prácticas en torno a los dominios del marco teórico y las categorías emergentes. (Ver anexo 4, en que aparece la tabla de codificación de las categorías obtenidas)
5. Análisis. Lo realizado en las etapas anteriores, generó categorías relacionadas con los dominios de conocimiento emanados del marco teórico, lo que permitió efectuar una revisión del logro de los objetivos propuestos para esta fase exploratoria y la creación de un guión pertinente para la siguiente fase de investigación (Ver anexo 5 en el cual aparece el guión de las entrevistas).

A través de esta primera fase y del análisis de los resultados, se obtuvo información relevante para la realización de una primera aproximación al modelo de teorías implícitas que tendrían las madres de niños de 6 a 12 meses respecto a la alimentación infantil, modelo que fue confrontado con la información obtenida de la segunda fase de esta investigación.

### **7.1.3. Resultados Fase Exploratoria**

#### **7.1.3.1. Categorías emergentes**

A partir del análisis realizado, emergieron once categorías organizadas en torno a los dominios expuestos en el marco teórico. Para lo cual se realizó una definición acotada de la información que comprende cada dominio, de esta manera la categorización quedó organizada de la siguiente forma:

#### **I. Concepciones respecto a la relación entre salud y alimentación**

##### Definición:

Las concepciones que las madres tienen del estado de salud y enfermedad están íntimamente relacionadas con sus elecciones y prácticas de alimentación cotidianas. De esta manera, existirían dos polos que representan dichas concepciones:

- a) El polo legítimo, donde se concibe la salud y enfermedad como un continuo, y por ende la salud se considera como algo que debe cuidarse constantemente para mantenerse. Por lo tanto, las elecciones y prácticas cotidianas de alimentación están fuertemente condicionadas por su relación con la salud.
- b) El polo tradicional, que concibe a la salud y la enfermedad como estados opuestos. Por lo tanto, la salud se consideraría como algo dado, un estado en el que se puede permanecer tranquilo sin hacer nada para mantenerla. Al contrario, la enfermedad sería como una especie de accidente, que no depende necesariamente de algo que la persona haya hecho, aquí la alimentación sólo se cuidaría en caso de enfermedad.

Las categorías desprendidas del análisis del focus group, que integran este dominio son las siguientes:

1. Alimentar basándose en información que consideran válida: Incluye toda alusión a la adquisición de conocimiento respecto a la alimentación infantil, proveniente de una fuente que la madre valida como autoridad en la materia y que utiliza como referencia al momento de alimentar a su hijo.

(FG1: L.140-141) *“Y la otra, la segunda, opinión de quienes considero al alimentar a mi hijo. A veces me llevo por lo que me dice mi cuñada o por lo que me dicen en el... el nutricionista...”*

(FG1: L.257-263) *“...lo que decidimos nosotras, eh lo otro es en el momento y por ejemplo cosas extras que darle, por ejemplo de repente darle no sé poh, un pedazo de pan no le va a hacer mal al niño, no se va a morir el niño dándole un pedazo de pan, pero el nutricionista dice no, el pan no, que lo engorda al niño, entonces eso, la segunda opinión nosotras, que es lo segundo que nosotros decidimos que darle, primero lo que dice el nutricionista, ve por dieta o como por conocimiento, ellos saben, y después (mirando a Y)... A y Y: nosotras.”*

2. Medidas Drásticas en caso de enfermedad o sobrepeso: Incluye toda referencia de las madres que da cuenta de medidas o cuidados respecto a la alimentación del hijo o hija para generar cambios en casos de enfermedad o sobrepeso.

(FG1: L.79-90) *“Y bueno yo a mi hijo lo tengo que controlar hartito porque es gordo, gordo. Lo que pasa es que mi hijo subió de peso, hasta los 6 meses yo le di leche, porque subió, pesaba mucho y medía 75 centímetros, era demasiado gordo para su edad, era mucho, estaba como en 5 kilos de sobrepeso y tomaba nada más que pecho y agua, entonces le quité el pecho, para poder tenerlo más regulado, porque como era pura leche materna, ahí no se puede controlar, es a libre demanda como se dice, entonces empecé a quitarle la leche para poder racionarle y poder darle con medidor. Ahora se toma la leche a las 7, a las 12 almuerzo, a las 4 se toma otra leche, cena a las 7 y se toma la última leche como a las 11, y ahí hasta el otro día. Y no puede comer mucho, frutas solamente y las galletitas de champagne, porque es sumamente bueno para las golosinas, pero las comidas deben ser verduras y en la tarde tiene que se pollo y nada más poh, bueno frutas, pero nada de golosinas.”*

(FG1: L.266-270) *“Por ejemplo si el niño está enfermo uno no va a ir a darle comida si no quiere, o sea si está enfermito bastante líquido, según... Entonces uno tiene que ir viendo como está el niño y todo, o sea si está normal, si el niño está bien te va a recibir la comida todo bien, pero si el niño está enfermo va a querer más agüita, no sé, más juguito y la papa la va a rechazar, el alimento.”*

3. Alimentación para mantener la salud del hijo: Incluye todo aquello que la madre considera como alimento que influye positivamente en la mantención del estado de salud del hijo o hija.

(FG1: L.421-126) *“y mucha agua, toma muchísima agua. Se toma tres, cuatro mamaderas de pura agua... es super buena, tiene su piel limpiecita... entonces también harta agua, y también un juguito de fruta, y de... verdura: de betarraga, zanahoria (“Y” también repite y asiente cuando se nombran las verduras). Yo le daba jugo de zanahoria cuando tenía tres meses, le hacía jugo de zanahoria porque decían que era super buena, por las vitaminas, y toda la cosa.”*

4. Alimentar según lo que consideran adecuado: Toda referencia de la madre respecto a como debería ser una alimentación adecuada, en base a un criterio de lo saludable y no saludable, independiente de si lo aplican o no en sus prácticas de alimentación cotidiana.

(FG1: L.134-138) *“Lo que pasa es que contengan vitaminas mas que nada, naturales, porque yo al menos a ella (indicando hija), no le doy cosas con grasas, porque las grasas derivan a que el hijo sea mas gordito y empiecen a enfermarse, entonces a ella yo trato cuando me lleva la comida y me la recibe, sin grasas, mas que nada cosas naturales, o sea por ejemplo verduras, todo eso.”*

## **II. Concepciones respecto a la privación de alimentos**

### Definición

La dificultad que tienen las madres respecto de privar en cantidad y tipos de alimentos a sus hijos, obedece a un componente emocional, al considerar esta privación como una acción injusta hacia ellos.

Por esta razón es que incurren en prácticas tales como:

- a) Proporcionar alimentos no adecuados a su nivel de desarrollo.
- b) Alimentar a los hijos según preferencias maternas.
- c) No privar alimentos ya presentados en la dieta.

Las categorías desprendidas del análisis del focus group, que integran este dominio son las siguientes:

1. Preferencias maternas como norma alimenticia: Incluye toda referencia que da cuenta de que las madres se orientan según sus propias preferencias al momento de alimentar a sus hijos.

(FG1: L.234-237) *“...la leche igual como que tiene un gustito rico, entonces, pero como la comida es desabrida y eh... a mi no me gustaría comer comida sin sal, entonces yo le doy a mi hijo con sal, no se la dejo ni salada pero también desabrida la encuentro súper mala, así es que yo le echo a la comida.”*

2. Alimentos no adecuados al nivel de desarrollo del hijo: Toda referencia de las madres respecto a la introducción de alimentos que no corresponde a la dieta recomendada por los especialistas del área de nutrición.

(FG1: L. 447-455) *“...que te está mirando, y yo, una esta comiendo el pan con palta, y te está mirando así... que comió... puras verduras (ríe), no ahí una galleta, cuando no hay galletas, pancito... ..P: o untarle algo... ..mermelada... ..queque... ..P: De todo... de repente es bueno que... probar de todo, que prueben de todo. Porque así no se enferman tanto; porque uno de repente los cuida tan delicados que más se enferman.”*

3. Dar alimentos que comen otros niños de la misma edad: Toda referencia de las madres respecto de la introducción de ciertos alimentos, para no privarlo de lo que comen otros niños de su edad.

(FG1. L.544-548) *“MODERADORA: ...Y que habían unos extras, que la principal de los extras eran galletas ¿las galletas son principalmente galletas de champaña o hay otro...? ...Todas: (al unísono) No, de champaña. ...Ho: ella de oblea. ...Todas: las de champaña son para bebé.”*

### III. Concepciones sobre conductas y señales en torno a la alimentación

#### Definición

Las respuestas de las madres respecto a las conductas de sus hijos a la hora de alimentarlos, se basan en las concepciones y autoexplicaciones que ellas han generado respecto a las señales que tales conductas connotan.

Las principales respuestas de las madres se pueden integrar dentro de tres clases:

- a) Interpretación de ciertas conductas como señales de hambre, tales como el llanto e inclinaciones hacia la comida que se encuentra cerca.
- b) Ignorar señales de saciedad del bebé, preocupándose más de otros aspectos que envuelven la situación de comida.
- c) Considerar la alimentación como estrategia de autorregulación, para controlar la irritabilidad o mantener a los niños contentos y tranquilos.

Las categorías desprendidas del análisis del focus group, que integran este dominio son las siguientes:

1. Interpretación de conductas como señal de hambre: Incluye toda referencia que da cuenta de que las madres explican ciertas conductas de sus hijos como señales de hambre o insatisfacción.

(FG1. L. 159-164) *“Claro porque si la guagüita le da pecho y queda con hambre y sigue llorando (interrupción)...P: Es por algo. (Asienten mamás)...Y: No quedan bien, no quedan bien con la leche, entonces ahí habría que darle. ...P: Y si no tiene ninguna enfermedad, si no esta afiebrado, no le molestan los dientes. Esas cosas.”*

2. Intersubjetividad madre bebe y experiencia a la hora de interpretar señales: Incluye toda referencia que da cuenta de la interpretación que hacen las madres sobre la conducta de sus hijos en el ámbito de la alimentación, basándose en el instinto materno y/o la experiencia adquirida en el cuidado infantil.

(FG1: L. 152-158) *“Porque yo ahí como que uno sabe, uno presiente lo que les pasa a ellos, entonces como que ya sabía que tenía que darle relleno y eso. Por eso empecé a darle. ...MODERADORA: Y eso tiene que ver con la experiencia o tiene que ver con otras cosas además... ...P: No, yo creo que con la experiencia... (Interrupción)...A: Instinto de mamá. ...P: Si poh.”*

3. Primacía en cantidad por sobre señales de autorregulación del hijo: Incluye toda referencia que da cuenta de cómo las madres se aseguran que sus hijos obtengan los nutrientes necesarios en cada comida, incurriendo en prácticas de sobrealimentación, no considerando la capacidad de autorregulación del niño al alimentarse.

(FG1: L.144-146) *“... por ser yo a él (indica a hijo) le di relleno, porque no estaba como muy segura si alimentaba la leche, porque no lo encontraba así como que subiera de peso y era verdad”*

4. Alimentación como estrategia de regulación conductual: Incluye toda referencia que da cuenta de como las madres utilizan en ocasiones la alimentación, o su interrupción, para obtener conductas deseables de sus hijos, o evitar las indeseables.

(FG1: L.324-330) *“A: el dulce los activa. ...Todas: claro (riéndose)...A: de repente en las noches, yo no le doy nada que tenga azúcar, sino (gesto con los ojos muy abiertos, aludiendo a que quedan activados) ...P: yo tengo un sobrino que tiene 10 años, pero es súper hiperactivo y en la noche no nada de dulce, nada de azúcar, nada, sino no duerme nada y se queda pa' allá pa' acá. ...A: como nervioso”*

#### **7.1.4. Conclusiones Fase Exploratoria.**

A partir del análisis del focus es posible dilucidar que las madres participantes consideran la alimentación infantil como un tema relevante, sobre el cual se perciben empoderadas. Estas madres se apropian del conocimiento obtenido de diversas fuentes acerca de esta temática y lo asimilan como propio, implicando ya no solo información,

sino que también van apareciendo creencias, juicios de valor, etc., que se incorporan en la creación de teorías ingenuas acerca de la alimentación

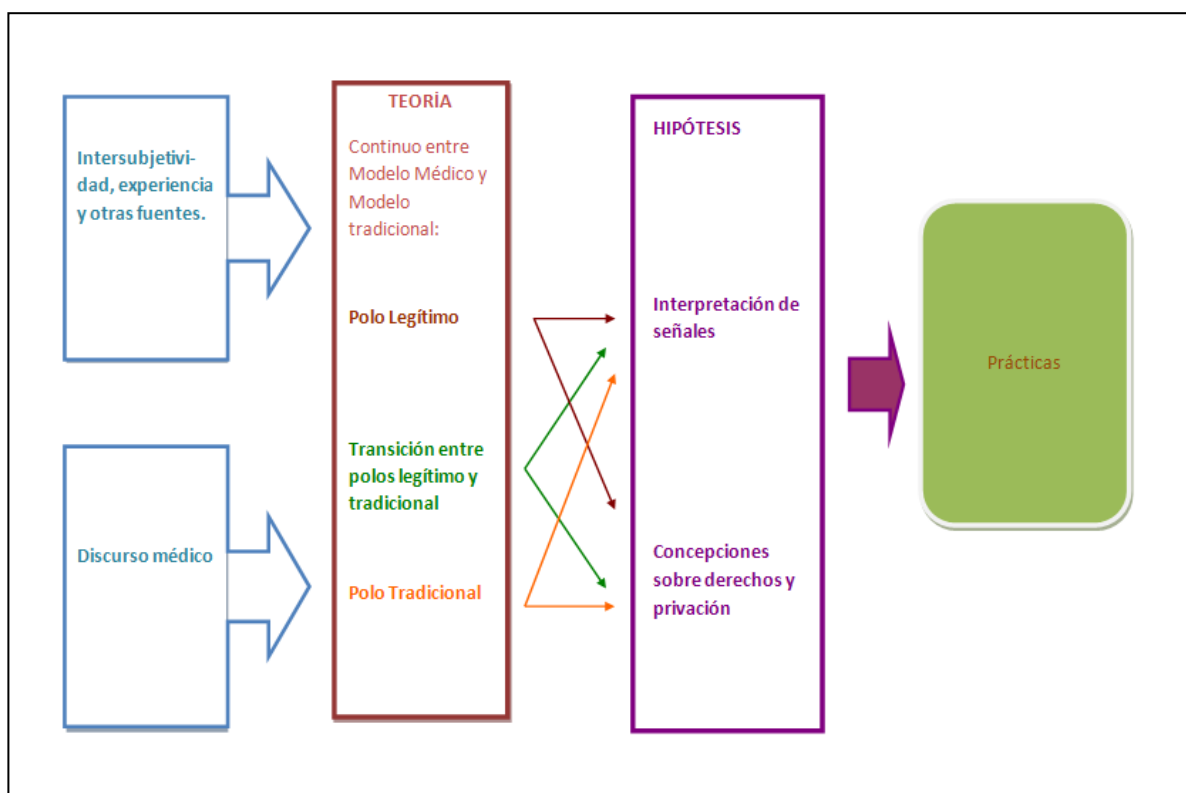
Dentro del análisis de estas categorías, en esta primera fase exploratoria se recopiló información relevante para nuestra investigación, la cual fue posible ver en ciertas temáticas principales. Entre estos temas el primero que nos llama la atención es el referido a los extras dentro de la alimentación infantil, en el cual se incluiría el dar alimentos fuera de horario como una temática común a las madres, lo cual no se considera dañino, por ser visto como algo esporádico, sin que las madres noten la regularidad de esta conducta, a pesar de que todas hablaron de hacerlo de manera habitual. Por otra parte dentro de esta temática, se encuentra también, el incorporar sal y azúcar en las comidas otorgadas a los niños, lo cual a pesar de que todas las madres refirieron saber que era una práctica no recomendada por el personal médico y salubrista, lo realizaban de todas formas en todas las comidas. Esto es posible relacionarlo con lo expuesto referido al dominio de concepciones respecto a la privación de alimentos, ya que las razones entregadas por las madres para llevar a cabo estas prácticas, se ajustan a la referencia de que es el propio gusto el que prima. En este aspecto también aparece la incorporación de “galletas de champaña”, las cuales son consideradas un “alimento propio para bebés”, siendo esta una razón de sustento para estas madres, sin cuestionarse su adecuación a la alimentación del niño o niña, lo cual estaría ligado a una práctica tradicional o cultural.

Como otro punto fundamental aparecido en este focus, es posible advertir que las madres se apropian del discurso médico y salubrista respecto a la alimentación infantil, el cual, a la vez, se ve mediatizado por la experiencia y la intersubjetividad madre-bebé, en cuanto a la toma de decisiones respecto a las prácticas de alimentación infantil. A partir de esto, es posible considerar que el discurso médico, y la intersubjetividad y experiencia, serían elementos principales en la creación de las concepciones, toma de decisiones, juicios, valores, creencias, percepciones, entre otras, que integran una teoría implícita acerca de la alimentación infantil.

Por último, en base a las características de las madres participantes en el focus, y la información que entregaron, no se pesquisaron grandes diferencias en torno a los perfiles de cada una de ellas, respecto a conocimientos, prácticas y apropiación de un discurso acerca de la alimentación infantil.

### 7.1.5. Primera Aproximación Al Modelo De Teorías Implícitas.

A partir de las categorías emergentes y del análisis realizado en la fase exploratoria, se obtuvo información para delimitar los puntos o aspectos que faltarían cubrir para obtener un primer modelo comprensivo emergente de teorías implícitas acerca de la alimentación infantil en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, el cual será contrastado a través de las entrevistas semiestructuradas en la segunda fase de investigación.



**Fig. 1: Modelo Inicial de Teorías Implícitas de madres de niños de 6 a 12 meses respecto a la alimentación infantil.**

El modelo inicial al cual se arriba, hace referencia a la integración que hacen las madres del discurso médico, con su experiencia intersubjetiva, para llegar a una teoría ingenua de la alimentación infantil. Esta teoría, en lo individual, sitúa a las madres en una posición dentro de un continuo acerca de la relación entre la salud y la alimentación, que pasa por un polo tradicional que no relaciona las prácticas cotidianas de alimentación con el mantenimiento de la salud, y un polo llamado legítimo (Martín Criado, 2007), que percibe una estrecha relación entre las prácticas cotidianas de alimentación y el estado de

salud, existiendo una fase de transición entre ambos. Para que esta teoría influya en las prácticas, las madres construyen hipótesis referentes a la interpretación de señales de los niños y niñas, y sus derechos frente a la privación de alimentos, que serían determinadas por la posición de la madre en el continuo anteriormente descrito, y que permitirían llegar a una práctica determinada.

#### **7.1.5.1. Descripción del modelo de teorías implícitas inicial.**

El modelo inicial de Teorías Implícitas, se compone de distintos elementos, que en conjunto permiten comprender cómo se configuran las Teorías Implícitas de las madres al momento de alimentar a sus hijos. Es posible describir cada una de las parte de dicho modelo de la siguiente manera:

**Intersubjetividad, Experiencia y Otras Fuentes:** parte del modelo, que refiere a todas aquellas situaciones en las que la madre utiliza como referencia al momento de alimentar a su hijo, estos elementos están relacionados con la experiencia personal y otras fuentes de información como familiares, amigas y otras experiencias intersubjetivas, además del conocimiento y relación estrecha entre ella y su bebé.

**Discurso Médico:** se refiere a la evaluación o valoración que las madres realizan de la información respecto a la alimentación infantil, que han obtenido de una fuente considerada como autoridad en la materia tales como pediatras, nutricionistas, enfermeras, etcétera.

**Teoría:** aspecto del modelo que plantea una integración entre la intersubjetividad, experiencia y otras fuentes, con el discurso médico, respecto a la alimentación infantil. La teoría propuesta se expresa en base a la relación concebida por las madres entre las prácticas de alimentación cotidianas de sus hijos y el estado de salud, de esta manera existiría un continuo entre el modelo médico y un discurso tradicional más influido por los aspectos intersubjetivos.

**Polo Legítimo:** extremo de la teoría donde se sitúan todas aquellas prácticas en las que se considera constantemente la influencia de dichas acciones sobre la salud del bebé. En

este polo, el límite entre la salud y la enfermedad es muy estrecho, razón por lo cual es muy fácil caer en situaciones de riesgo, por lo tanto, la alimentación cotidiana debe cuidarse continuamente para mantener la salud, de ahí que este polo esté estrechamente ligado al discurso médico nutricional, donde se pone el énfasis en la alimentación saludable.

**Transición entre polos legítimo y tradicional:** esta parte del continuo, que supone ser la fase mayoritaria entre las madres, plantea que existe una clara integración tanto del discurso médico como de los aspectos intersubjetivos, lo que implica que las prácticas de alimentación cotidianas vayan variando de acuerdo a la forma en que la integración haya sido realizada por cada madre. De esta manera, algunas madres pueden situarse en la fase de transición; más cercanas al polo legítimo, más cercanas al polo tradicional, o entre ambos.

**Polo tradicional:** en este extremo se concibe la salud y la enfermedad como estados completamente opuestos, donde la enfermedad es vista como un accidente, que no tiene relación con lo que cotidianamente se haga, por lo tanto, las prácticas de alimentación no están relacionadas con la salud o la enfermedad. En este polo, muchas veces un niño sano es concebido como un niño fuerte, que sea capaz de comer suficiente para mantener este estado que le permitiría no caer en debilidad, la cual supone estar propensos a la enfermedad. El alimentarse de manera saludable no es parte del discurso, el énfasis está puesto más bien sólo en comer. Este polo está más influido por aspectos intersubjetivos.

**Hipótesis:** parte del modelo que hace referencia a aquellos supuestos, sobre los cuales cada mamá tendrá que decidir al momento de alimentar a su bebé. Su decisión, en cada una de estas hipótesis depende de la parte de la teoría en la cual la madre se sitúe.

**Interpretación de señales:** hipótesis realizadas en base a las respuestas de las madres respecto a las conductas de sus hijos a la hora de alimentarlos, estas se basan en las concepciones y explicaciones que ellas han generado respecto a las señales que tales conductas connotan. Las prácticas asociadas a esta hipótesis se refieren a la interpretación del llanto y algunas conductas específicas del bebé como señales de hambre o de otro requerimiento de este; consideración o no por parte de la madre de las

señales de saciedad del bebé respecto a la ingesta de alimentos, y la utilización o no de la alimentación como una estrategia de regulación conductual.

**Concepciones sobre derechos y privación:** hipótesis referida a la facilidad o dificultad que tienen las madres frente a la situación de privar algunos alimentos a sus hijos, ya sea en cantidad y en tipos de alimentos. Las prácticas asociadas a esta hipótesis aluden a la posibilidad que la madre pueda proporcionar o no alimentos a sus hijos, que no son adecuados a su nivel de desarrollo; la posibilidad o no de alimentar a sus hijos según sus propias preferencias, y la dificultad o facilidad para privar algunos alimentos que alguna vez ya hayan sido presentados en la dieta del bebé.

## **7.2. FASE DE REFORMULACIÓN DEL MODELO DE TEORÍAS IMPLÍCITAS**

En esta segunda fase de investigación, se buscó enriquecer y ajustar el modelo de teorías implícitas presentado en la fase anterior. Para lograr esto, se construyó un guión para las entrevistas realizadas en esta etapa, que da cuenta de este modelo inicial, y que intenta abarcar la dimensión individual de las teorías implícitas. El análisis de la información obtenida en esta fase, permitió reformular el modelo inicial, realizando ajustes pertinentes para obtener un modelo final de teorías implícitas acerca de la alimentación infantil de las madres.

### **7.2.1. Descripción Proceso De Recolección De Datos.**

#### Participantes

La selección de participantes en esta fase es intencionada y emergente a medida que se avanza en el proceso de saturación de información. A partir de esto, la primera participante fue reclutada desde la primera selección entregada por los consultorios según disponibilidad de la madre. La segunda madre, se reclutó en función de lo aparecido en la primera entrevista, según la necesidad de contrastar el aporte de edad de la madre, número de hijos y edad del niño, por lo que se considero una madre joven, primeriza, y con una hija de 6 meses. La tercera entrevista replicó las condiciones del perfil N° 2 como

una forma de enriquecer la información hasta ese minuto disponible. La cuarta entrevistada cumplía con un perfil similar al de las madres 2 y 3, pero fue una madre que además realizaba una ocupación externa a la de los cuidados del niño, debido a que dentro de la segunda entrevista, se consideró la posibilidad de que esto fuera un factor relevante para la facilidad o dificultad de seguir las recomendaciones médicas y salubristas referidas a la alimentación de los niños.

Para estas entrevistas, se utilizó la información entregada en la primera fase de esta investigación, por el CES Barón y el CESFAM Reina Isabel II. Para la primera, segunda y cuarta entrevista, se llamó únicamente a las madres que fueron entrevistadas, ya que de inmediato aceptaron la invitación a participar. Para la tercera entrevista, se llamó a 5 madres, contestando favorablemente 2 madres, pero solo una de ellas cumplía con los requisitos del perfil.

<b>Nombre</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Edad</b>	<b>Edad del Hijo</b>	<b>Número de Hijos</b>	<b>Consultorio de procedencia</b>
E1: M	Dueña de casa	40	12 meses	3	C. Reina Isabel II
E2: R	Dueña de casa	21	6 meses	1	C. Barón
E3: MJ	Dueña de casa	20	6 meses	1	C. Barón
E4: A	Estudiante	18	12 meses	1	C. Barón

**Tabla 2: Perfiles resultantes de la muestra de la segunda fase**

### Metodología

Esta segunda fase de investigación, tuvo como objetivos aprehender la dimensión individual de las teorías implícitas de las madres en torno a las prácticas de alimentación respecto a sus hijos tomando como eje de la exploración el modelo emergente de las teorías implícitas, que recoge los aportes de la investigación bibliográfica de las autoras y los contenidos emergentes de la primera fase de exploración de la investigación. Durante esta fase, también se realizó la confirmación, aclaración y profundización de los datos que se entregaron en la primera fase de investigación.

Para el logro de estos objetivos, se utilizó la técnica de entrevistas focalizadas. Las entrevistas se realizaron a partir del guión creado a partir del modelo inicial, el cual se fue modificando levemente, a la luz del proceso dinámico de recolección y análisis de datos de las sucesivas entrevistas. Todas las entrevistas fueron realizadas en las casas de cada una de las madres participantes y fueron dirigidas por una entrevistadora, quien iba acompañada de una investigadora que observó e hizo aportes, en los casos necesarios, para la aclaración de los datos obtenidos. Al finalizar las entrevistas, se le entregó un regalo a cada mamá, en forma de agradecimiento por la participación.

### **7.2.2. Descripción Proceso De Análisis De Datos**

Cada entrevista fue transcrita y analizada de modo reflexivo, de modo que el producto de este análisis sirvió de insumo para la conducción de la entrevista siguiente. En la medida que se fueron recabando los antecedentes de los distintos perfiles, las entrevistas fueron analizadas de manera global, y contrastadas con los insumos provenientes el focus group inicial. El procedimiento para llevar a cabo el análisis de los datos es el método de análisis de contenido en función al Modelo Inicial de Teorías Implícitas. Los pasos fueron los siguientes:

1. Obtención de documento primario. El documento primario corresponde a la transcripción de la grabación de cada entrevista (Ver anexo 6). Por medio de este se obtiene la información necesaria para realizar el análisis del modelo inicial de teorías implícitas, a la luz de de la dimensión individual obtenida de las entrevistas realizadas a las madres.
2. Reformulación del Modelo de Teorías Implícitas. Las entrevistas realizadas, proporcionaron información para reformular el modelo inicial de teorías implícitas de madres de niños de 6 a 12 meses de edad respecto a la alimentación infantil, permitiendo crear un modelo de mayor coherencia y adecuación a lo expuesto por las madres en las dos primeras fases de investigación.
3. Selección de citas. De acuerdo a los objetivos planteados para esta fase, se seleccionaron unidades de análisis que corresponden a oraciones y/o frases

extraídas de las entrevistas, para la configuración del discurso de las madres dentro del modelo de Teorías Implícitas.

4. Configuración del discurso de las madres entrevistadas dentro del modelo de teorías implícitas. Se analizó el discurso entregado en cada entrevista, a la luz del modelo emergente.

### **7.2.3. Resultados Fase De Reformulación Del Modelo De Teorías Implícitas.**

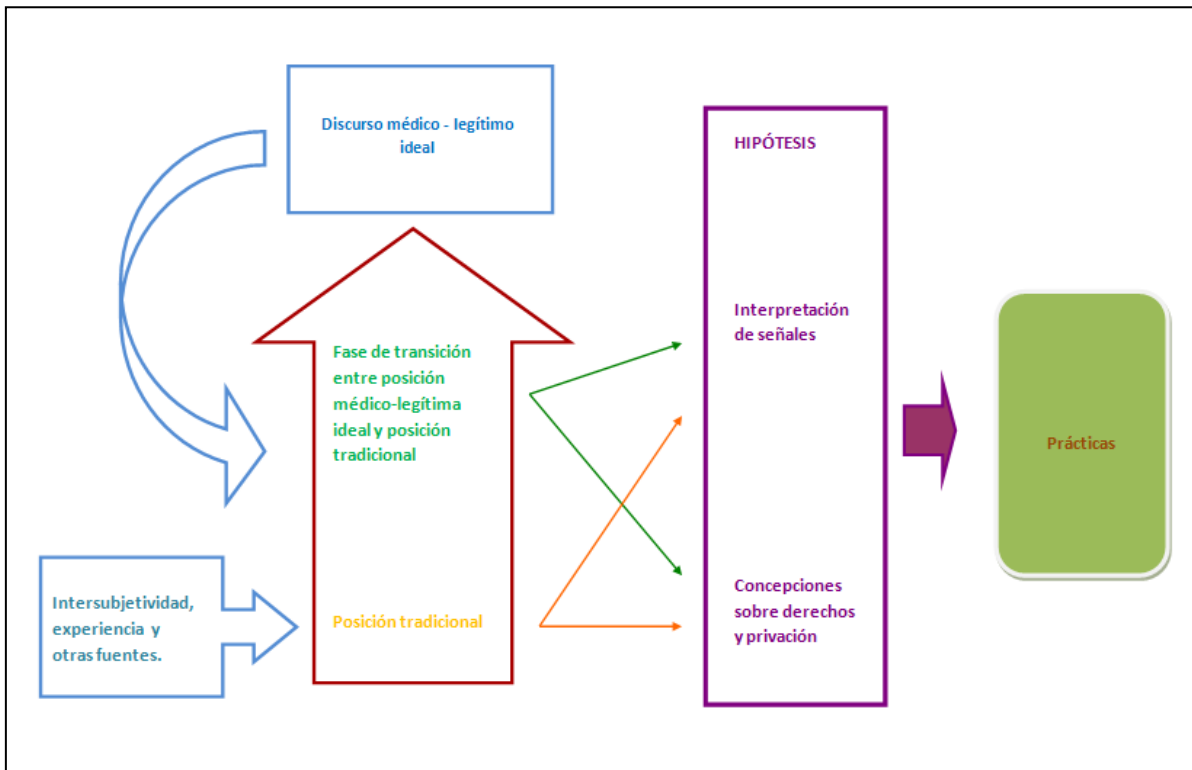
#### **7.2.3.1 Reformulación de modelo de teorías implícitas acerca de la alimentación infantil en madres de niños de 6 a 12 meses.**

A partir del análisis de las entrevistas realizadas, se obtuvo información para delimitar los puntos o aspectos que faltaban cubrir en el primer modelo de teorías implícitas acerca de la alimentación infantil en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, logrando obtener un segundo modelo de mayor coherencia con los aspectos intersubjetivos e individuales de las teorías implícitas de las madres.

Por lo obtenido de las entrevistas realizadas, fue posible observar que la existencia de un polo legítimo no resultaba plausible, debido a que ninguna madre lograba mantenerse constantemente en este polo, sin caer en prácticas que la acercaran hacia un polo en transición o directamente a un polo tradicional. En este sentido, lo observado en las madres es que incluso aquellas que intentan mantenerse apegadas a las recomendaciones nutricionales, tienen dificultades para mantener algunas de estas prácticas de manera constante en el tiempo, incurriendo por lo tanto en prácticas no adecuadas de alimentación, las cuales dejan de percibir como inadecuadas o dañinas para su bebé, ya que consideran que si estas prácticas de alimentación son sólo en ocasiones, estas no representarían un riesgo para su hijo o hija.

El modelo inicial al cual se arribó, por lo tanto, se reformuló en un nuevo modelo que comprende que el discurso médico y el polo legítimo son inseparables, y así mismo se convierten en un ideal teórico, al cual las madres pueden ir aproximándose en distintos niveles, pero al cual no es posible llegar. Por esto, consideramos adecuado retirar el polo legítimo del continuo de la teoría que tienen las madres acerca de la alimentación, y unirlo

con el discurso médico, cambiando a una posición por sobre el continuo, demostrando que este opera como un ideal. Por otra parte también se comprende, que el discurso médico sigue siendo una influencia fundamental en la creación de teorías implícitas de las madres respecto a la alimentación, y en la posición en que se encuentren dentro del continuo entre una postura tradicional y la aproximación a la postura legítima ideal. Como es posible ver en la figura 2, el modelo continúa igual al anterior en los cuadros siguientes, ya que el discurso de las madres no trajo nueva información respecto a estos puntos.



**Fig. 2: Segundo Modelo de Teorías Implícitas de madres de niños de 6 a 12 meses respecto a la alimentación infantil.**

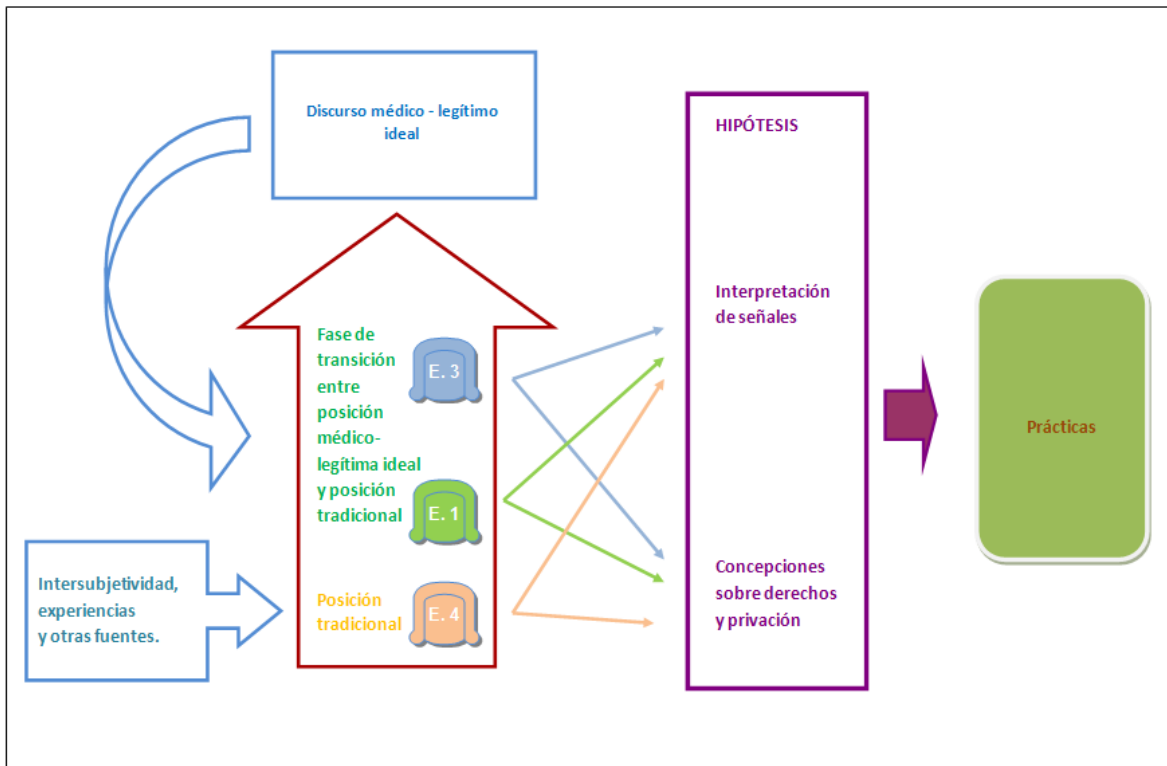
De esta manera, el segundo modelo de teorías implícitas propuesto, puede ser descrito de la siguiente manera: La integración que hace la madre del discurso médico, con su experiencia intersubjetiva, las lleva a una teoría ingenua acerca de la alimentación estableciéndose dentro de un continuo entre una postura tradicional que no relaciona las prácticas cotidianas de alimentación con el mantenimiento de la salud, y una aproximación hacia la postura médico-legítima ideal que percibe mayor relación entre las prácticas cotidianas de alimentación y el estado de salud, la cual sería constituida en una

fase de transición entre las posturas mencionadas, y que podría estar en una cercanía de mayor o menor grado con el ideal médico-legítimo. Nuevamente, para que esta teoría influya en las prácticas, las madres construirán hipótesis referentes a la interpretación de señales de los niños y niñas, y sus derechos frente a la privación de alimentos, que serían determinadas por la posición de la madre en el continuo anteriormente descrito, y que permitirían llegar a una práctica determinada.

#### **7.2.3.2. Configuraciones de los discursos de las madres dentro del modelo de teorías implícitas.**

Para ver de qué manera el modelo de teorías implícitas emergente es representado en las prácticas de alimentación de las madres entrevistadas, se realizará una comprensión del discurso de las madres en función de su posición al interior del modelo propuesto. De esta manera, es posible llegar a una integración del modelo con los discursos obtenidos, lo que a su vez permitirá demostrar la utilidad del mismo al momento de analizar las prácticas concretas y reconocidas de alimentación de las madres. Esta configuración es posible apreciarla en la figura 3.

Así también, desde esta configuración del discurso al interior del modelo, es posible ver la coherencia del modelo referido a las teorías implícitas dentro del ámbito individual y subjetivo.



**Fig. 3: Configuración del discurso de las madres entrevistadas al interior del modelo emergente.**

La posición en la que se encuentran las madres según la entrevista realizada, como es posible ver en la figura 3, pueden explicarse de la siguiente manera:

**Postura en transición con tendencia hacia el Discurso médico legítimo ideal:**

Las madres que se encuentran dentro de esta postura, si bien integran en sus prácticas la información y sugerencias obtenidas tanto de los especialistas en nutrición como de su propia experiencia y otras fuentes, tienden a seguir la mayor parte de las veces las recomendaciones entregadas por las autoridades en la materia.

Dentro de las prácticas de las madres que se encuentran en esta postura está el reconocer las señales de saciedad de sus bebés, a la vez que el llanto no siempre lo interpretan como señal de hambre. Además, si bien siguen la mayor parte de las

indicaciones de los médicos, en ocasiones dan de probar a sus hijos alimentos no adecuados a su nivel de desarrollo, guiadas por su propio gusto.

A partir de la entrevista realizada a MJ (E.3), es posible considerar que las prácticas de alimentación de esta madre se encuentran dentro de esta postura. Lo anterior se evidencia en las reiteradas acotaciones de MJ en relación a su experiencia como madre primeriza, en donde señala que su principal orientación en el tema de la alimentación de su hijo, han sido las recomendaciones de la pediatra.

MJ, en reiteradas ocasiones, menciona cómo la propia experiencia de haber seguido las prescripciones del consultorio desde que el niño nació, junto a los resultados positivos en el peso y la salud de su hijo que esto ha conllevado, han incidido en que mantenga estas prácticas orientadas hacia el ideal médico. A partir de lo anterior se desprende que la madre hace una relación directa entre la alimentación adecuada y la buena salud de su hijo.

Finalmente, cabe destacar que MJ señala que la experiencia con su hijo le ha permitido diferenciar las distintas razones por las cuales el niño llora. También señala que, en escasas ocasiones, da de probar al niño alimentos que están en la mesa.

Todo lo mencionado anteriormente, puede reflejarse en las siguientes citas representativas de esta postura:

*(E3: L.45-49) “MJ: Pero me guío más por lo que me dicen los pediatras más que nada, confío más en ellos que en lo que me dice mi familia. No me dejo llevar mucho por lo que me dice mi familia. O sea de ellos les sigo lo de la leche, del agua, pero lo de la comida, las frutas y otras cosas que tiene que comer me dejo llevar más por lo que me dicen en el consultorio o la pediatra.”*

*(E3: L.238-243) “ENTREVISTADORA: y cómo se reconoce esto de ya, tengo que darle porque ¿tiene hambre?*

*MJ: porque le hago todo y no (risas) y no quiere y empieza, o sea es que es esa, es que uno que tiene guagua ya va aprendiendo, el porqué llora, ya uno sabe que no puede ser el pañal porque recién lo mude, no esta hecho,*

*entonces eso, se diferencian una guagua cuando tienen hambre, es diferente el llanto, eh, es diferente.”*

*(E3: L.368-371) “MJ: que por, a él le encanta el limón, si le encanta y de repente ya se lo saco y lo dejo que pruebe, se lo saco de nuevo y se pone a llorar, y ahí ya lo pesco, lo saco al patio, que mire otras cosas y ahora si lo dejan ahí y no quieren quitarle, ahí no se. Porque no porque el quiera uno va a darle.”*

### **Postura en transición con tendencia a la postura tradicional:**

En esta postura de transición, las prácticas de las madres se caracterizan por la integración del discurso médico con la experiencia e intersubjetividad, presentando una inclinación hacia la postura tradicional. Por lo mismo, existirían prácticas ligadas principalmente a los extras o alimentos adicionales a la dieta que serían presentados por las madres, pero en proporciones y contextos significativamente inferiores a lo encontrado en una postura típicamente tradicional.

En las prácticas de estas madres sigue primando su experiencia frente al discurso médico, pero ya es una experiencia mediatizada por este último.

De esta manera, a partir de la entrevista realizada a M (E.1), es posible advertir que las prácticas de alimentación de esta madre se encuentran en esta postura.

La ubicación de esta madre en el continuo del modelo propuesto, implica un avance desde la postura tradicional, que se refleja en la experiencia de haber criado a sus otras hijas, y en el anhelo de no cometer los mismos errores ligados a la alimentación, evidenciándose en una disminución de prácticas de la postura tradicional reconocidas por M, que en el pasado eran ejecutadas, pero que en la actualidad admite no realizar con su hijo. Este proceso le permitió, en base a su experiencia directa, el ir confirmando o descartando prácticas, que a su vez dieron paso a un aumento en la validación del discurso médico, lo que generó que la madre se movilizara dentro del mismo continuo

hacia esta fase de transición, entre una postura tradicional y el discurso médico legítimo ideal.

Lo anteriormente expuesto puede reflejarse en las citas representativas de esta postura, presentadas a continuación:

(E1: L.121-128) *“ENTREVISTADORA: y ¿hay cosas que has tenido que aprender ahora o que has aprendido ahora con el V. con respecto a la alimentación?”*

*M: Mmm, en realidad con la alimentación, por ejemplo con la más grande, con la primera, ella si comía hartos suflés y esas cosas y ella engordó bastante y tuvo problemas de obesidad, hasta como los 15 años más o menos. Entonces para ella fue súper fuerte porque con las niñas que ella se juntaba eran súper flacas, para ella fue.... Y era buena para comer, ella comía mucho por ansiedad, era buena para comer yogurt, yo también he evitado. Entonces cuando ellas comen no le den a él o no le muestren.”*

(E1: L. 156-160) *“M: él decía que había legumbre a distintos meses y yo le decía no, no le pienso dar porque a mí la doctora me dio una guía donde iban los meses y yo por eso me guiaba, y por eso lo he hecho así. Por ejemplo con las niñas, con la de al medio le metía no más y con V. nosotros seguimos desde el principio, lo de la guía o lo que me dice la enfermera o la nutricionista cuando lo llevo, entonces he sido más...”*

(E1: L. 215-218) *“ENTREVISTADORA: ¿y esos folletos...”*

*M: no esos sí, esos yo se los deajo guardados en, se los tengo pegados en el carnet del niño donde yo me voy guiando, para darle las cosas que le corresponden po'. Trato de mantenerle todo pegado, excepto la bebida (risas)"*

### **Postura Tradicional:**

Esta configuración es posible advertirla principalmente asociada a prácticas en donde a la madre se le imposibilita la privación de alimentos, en especial de aquellos no adecuados para el nivel de desarrollo de su hijo, prácticas sustentadas en el énfasis que se pone en otros aspectos como que el bebé esté feliz o sea "resistente", ya que la concepción de "niño saludable", para estas madres se asocia principalmente a estar fuerte, con energía, siendo su principal preocupación que el bebé coma, por sobre realizar una diferenciación respecto a qué alimentos brindarle. Para las madres en estas posturas, el comer en poca cantidad supone debilidad, lo cual a su vez sería predisposición para la enfermedad.

Por lo tanto, a partir de la entrevista realizada a A (E.4), es posible considerar que sus prácticas de alimentación se encuentran dentro del polo tradicional del modelo propuesto, principalmente debido a la clara imposibilidad de A para negar alimentos a su bebé, que aún no debería integrar en su dieta, asociada dicha dificultad esencialmente al acento puesto por A en mantener a su hijo feliz.

Es importante destacar, que a pesar de que su hijo ha recibido constantes diagnósticos de sobrepeso, esto no interfiere en las decisiones de A respecto a la alimentación del niño, puesto que para ella este sobrepeso u obesidad no sería una enfermedad declarada de la cual perciba las consecuencias, sino más bien todo lo contrario, al concebir que este estado lo mantiene fuerte y libre de contraer otras enfermedades, principalmente de tipo infectocontagioso.

Esta configuración de la postura tradicional de las prácticas de alimentación de la madre de E4, es posible ejemplificarla a través de las citas presentadas a continuación, extraídas de la entrevista realizada.

(E4: L 60-70) “A: *ahhh, es que yo no le niego nada (risas), se me hace difícil decirle que no porque es tan regalón, si es tan lindo, entonces yo, por ejemplo cuando ya...es que tampoco es que coma tanto, por ejemplo no pide más comida, él se come su porción y queda bien, y frutas, siempre me pide más, y de estas cosas (bebida, coca-cola) toma súper poco, onda le doy, de eso se toma un vasito chiquitito, y no toma más que eso, y cuando pica, alguna galleta, nunca he tenido que decirle que no a algo porque él quiera más, más, más, pero todos me dicen que el pan, que tengo que darle más poco, él se puede comer la mitad de un batido, y igual es harto pal’ tamaño que él tiene, cachai, pero es que le gusta tanto el pan (risas), entonces no puedo negarle, a parte que es poquito, una vez al día, porque así no come chocolate, nada de esas cosas. Ahh y galletas, las únicas galletas que come son las galletas de champagne.”*

(E4: L.74-80) “ENTREVISTADORA: *Y ¿por qué crees tú que te cuesta tanto negarle el pan, por ejemplo?*

A: *ay porque no me gusta que me mire él comer, o sea yo no puedo comer si él me está mirando, a parte que él es tan feliz cuando come, es muy feliz (risas), entonces a mi me gusta que él sea feliz. Y no, más me cuesta negarle las cosas que dárselas, por lo general yo me estoy comiendo una galleta y toma la mitad, me estoy comiendo un frugelé y la mitad.”*

(E4: L.354-368) “ENTREVISTADORA: *¿Qué diferencia crees tú que hay entre un bebé saludable y un bebé poco saludable?*

*A: Ahí tiene que ver con el peso, es increíble, pero, pero los bebés cuando son los bebés chiquititos... cuando... la mayoría de los bebés se enferman porque no comen, porque no tienen defensas, po, si la leche materna, o el nan, que es lo que se les da cuando son bien chiquititos, me entendís, es lo que les da las defensas a los bebés, si los bebés... eh... esa cuestión tiene una cantidad impresionante, y la leche es amarilla, amarilla espesa, es como un yogurt, espesa, espesa, espesa... entonces se nota que viene todo, todo, para... todas las defensas para el niño... entonces sería obvio que se enferma si no come... entonces cuando ves a un niño que no está gordo es porque come menos pu... entonces ahí son más sanito...*

*ENTREVISTADORA: ¿Más saludable...?*

*A: Claro.*

*ENTREVISTADORA: Y el niño poco saludable sería el más flaquito*

*A: Más flaquitooo... Claro”*

### **7.3. FASE DE COMPROBACIÓN DEL MODELO EMERGENTE**

#### **7.3.1. Descripción Proceso De Recolección De Datos**

Para la realización de esta fase, en un comienzo se intentó contactar a las madres que participaron de las fases anteriores, con el fin de que colaboraran en la validación del nuevo modelo. Sin embargo, por disponibilidad de las madres no se pudo realizar este focus group final con ellas. Debido a esto, y ya que esta fase de comprobación del modelo es esencial para nuestra investigación, se procedió a convocar a un grupo de expertos.

## Participantes

La selección de participantes para el focus group de expertos, se realizó de manera intencionada, por disponibilidad y por la cercanía de las temáticas de investigación de las participantes. De esta manera las participantes de la tercera fase de investigación, fueron estudiantes de psicología de 5º año de la Universidad de Valparaíso, quienes actualmente realizan una investigación acerca de las actitudes de las cuidadoras hacia la alimentación infantil. Tomando en cuenta la cercanía temática, y también el que su estudio sea realizado con una muestra similar (madres de niños de 6 a 11 meses), se considera que su aporte puede ser significativo en la comprobación de la utilidad y alcances del modelo propuesto. Por otra parte, se contactó a Ximena Ceballos, docente de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Valparaíso, quién por su ámbito de enseñanza, puede aportar en la verificación de utilidad de un modelo de teorías implícitas acerca de la alimentación en cuanto a políticas de nutrición infantil en Chile.

<b>Nombre</b>	<b>Ocupación</b>
Ximena Ceballos	Nutricionista
Paula Aránguiz	Tesista de pregrado. Carrera de psicología.
Andrea Vallejo	Tesista de pregrado. Carrera de psicología
Macarena Allende	Tesista de pregrado. Carrera de psicología
Claudia Ahumada	Tesista de pregrado. Carrera de psicología

**Tabla 3: Participantes Focus Group de Expertos**

## Metodología

Esta última fase de investigación tuvo como objetivos verificar la pertinencia del modelo al que arribamos en las fases previas, en tanto su concordancia con lo observado por otras investigadoras en cuanto a las prácticas efectuadas por las madres, así como dilucidar la pertinencia del modelo en cuanto a su utilidad como plataforma para posibilitar el cambio en relación a las prácticas de las madres.

El focus perteneciente a esta tercera fase de la investigación se realizó en dependencias de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, y fue dirigido por las integrantes de la presente investigación.

### **7.3.2. Descripción Proceso De Análisis de Datos**

Luego de realizado el focus group, se procedió al análisis del material textual reportado por las participantes. El procedimiento para llevar a cabo el análisis de los datos consiste en la identificación de temáticas relevantes de análisis en función a la presentación realizada durante el focus group. Los pasos fueron los siguientes:

1. Obtención de documento primario. El documento primario corresponde a la transcripción de la grabación del focus group realizado (Ver anexo 9). Por medio de este se obtiene la información necesaria para realizar el análisis en función de los objetivos propuestos para esta fase.
2. Ejes de análisis. Se sistematizó la información en temáticas principales, las cuales emergieron de la discusión.
3. Análisis. Lo realizado en las etapas anteriores, permitió efectuar una revisión del logro de los objetivos propuestos para esta fase de comprobación, aportando a la mantención del modelo creado en la segunda fase, sin realización de modificaciones.

### **7.3.3. Resultados Fase De Comprobación Del Modelo Emergente**

#### **Temáticas principales emergentes del focus group de expertos:**

A partir del focus group realizado, logramos obtener cinco temáticas principales de consideración respecto a la alimentación infantil, y que dentro de nuestra investigación han sido relevantes o que proveen de nuevos alcances para este estudio.

La primera temática que apareció dentro del focus, y que tiene directa relevancia con lo expuesto en la justificación de nuestra investigación, hizo referencia a la **Información**. Durante la discusión emergió la idea de que existen inconvenientes en cómo se entrega la información nutricional a las madres, considerándose que esta debe otorgarse de una manera más cercana y significativa para ellas, de modo que se facilite la comprensión de las recomendaciones realizadas. En este sentido, se menciona en varias ocasiones que la información sí existe, pero que las madres no la estarían asimilando de manera adecuada. Lo anterior, puede reflejarse en el modelo propuesto, en donde se expone que el discurso médico tendría menor impacto que la intersubjetividad, experiencias y otras fuentes. En torno a esta temática se consideró la forma en que se entrega información, el lenguaje, y también apareció la idea de que podrían existir grupos de madres que conversaran acerca de la alimentación infantil, con apoyo de algún profesional de la salud, para que la información fuera de mayor relevancia.

La segunda temática que emergió, fue la **Educación**, siendo considerada por el grupo como de gran relevancia al momento de intentar generar cambios en las prácticas de alimentación de las madres. Aparecen referencias en torno a la implicancia de los niveles de educación de las madres, para la correcta asimilación de la información y también en torno a que la educación sobre alimentación debe ser entregada contextualizada, para que genere el impacto esperado. En este sentido, la educación se vuelve a relacionar con la Información, apareciendo en el focus group que esta información debe ser entregada en función a las particularidades de las personas a las cuales va dirigida.

La tercera temática que apareció en este focus group fue sobre el **Nivel Socioeconómico**, donde se planteó por parte de algunas de las participantes que el nivel socioeconómico puede ser una variable que influye en cómo las madres organizan sus prácticas de alimentación, sin que se realizaran conclusiones finales respecto a esta temática, ni que existiera un consenso claro. Este aspecto no se consideró como determinante en el modelo propuesto, y la información aparecida en este focus group, al no ser concluyente, no se considera suficiente ni necesaria para realizar alguna modificación en el modelo.

La cuarta temática que emergió es que los **Seis meses de edad del niño representan un período crítico**, en donde la madre se muestra más receptiva a recibir información respecto a cómo alimentar a su hijo, debido a que en etapas previas no se había enfrentado a la realidad de dar alimentación complementaria al bebé. Es en este período, por lo tanto, cuando surgen las dudas y cuestionamientos sobre esta temática y donde se hace más significativa para la madre la información. Aparece el tema de que las madres, al no ser informadas de forma adecuada en esta etapa, pueden tomar más en consideración lo que dicen otras fuentes, inclinándose hacia una postura tradicional. De esta manera, se considera este período como crucial, en donde podemos lograr que las madres acerquen al polo legítimo a través de intervenciones oportunas.

Por último, emergió como temática que la **Obesidad no es considerada como enfermedad**, lo cual fue completamente compartido por las participantes, siendo considerada, esta premisa, como uno de los aspectos más importantes para comprender las dificultades de las madres para implementar y/o mantener prácticas de alimentación saludables en relación a sus hijos. Además, queda de manifiesto en la discusión que no existe por parte de las madres la consideración de las consecuencias concretas de la obesidad infantil, lo cual dificultaría aún más la instauración de prácticas de alimentación saludables. Esto nuevamente se relacionó con la información entregada y con la valoración de las consecuencias a futuro, las cuales no se ven de manera inmediata y que se consideran menos que aquellas consecuencias que podemos observar de inmediato. Así, vuelve a surgir la importancia de la consideración de los estados de salud-enfermedad como un continuo y no como un accidente que nada tiene que ver con las prácticas de alimentación cotidianas, para el cambio de prácticas que pudieran realizar las madres.

Es importante destacar, que con este focus group de expertos, queda en evidencia la diferencia de miradas epistemológicas, siendo la mirada positivista tendiente a relacionar variables estáticas como la edad de la madre, la edad del bebé o el nivel socioeconómico, donde no se ven presentes aspectos dinámicos, tales como la intersubjetividad y el empoderamiento, las cuales son posible rescatar desde una mirada cualitativa, enriqueciendo la comprensión de estas problemáticas.

## **8. CONCLUSIONES**

Al finalizar la presente investigación, podemos señalar que a partir de los resultados obtenidos, representados en el modelo comprensivo emergente de teorías implícitas, se ha podido responder inicialmente a la pregunta que guió este estudio respecto a cómo comprenden y organizan sus prácticas de alimentación las madres de niños de 6 a 12 meses en el período de alimentación complementaria.

Al abordar el tema desde una mirada cualitativa, que pone énfasis en la comprensión más que en la explicación del problema, hemos visto que las teorías ingenuas de las madres respecto a la alimentación de sus hijos, están influidas por una serie de componentes que van a determinar cuanto más cerca o más lejos estas se encuentran de seguir las indicaciones de los médicos y nutricionistas, aspectos, tales como la transmisión de género y el empoderamiento de las madres respecto al tema, que son invisibles desde una mirada positivista como en la que se funda el discurso médico.

En base a lo anterior, es importante destacar que este modelo de teorías implícitas al cual arribamos reconoce el carácter dinámico respecto a las posturas en las cuales se pueden hallar las madres, y es permeable tanto a las influencias del discurso médico como de la intersubjetividad y otras fuentes; en contraposición a la existencia de un modelo con dos polos rígidos, de difícil transición entre ambos y casi nula disposición al cambio. Desde nuestro punto de vista, el que se considere como sinónimos el discurso médico con el polo legítimo responde más bien a una concepción rígida del problema, transformando sus objetivos en un ideal teórico-hipotético, que no se ajusta a las prácticas concretas de alimentación de las madres.

Consideramos que las madres reconocen que las campañas sobre nutrición infantil y el discurso de los especialistas de salud en este aspecto, sirven para que los niños sean sanos ahora y en el futuro, es decir, hay reconocimiento de la relación entre salud y alimentación. Las madres se sienten apropiadas del discurso médico. No obstante, la influencia de la intersubjetividad, experiencia y otras fuentes es muy fuerte, determinando cuanto logren desplazar las madres sus prácticas hacia el discurso médico. De esta forma, las posturas de las madres se encuentran en distintas partes de un continuo según la relación que hagan entre salud y alimentación, lo que influye en como seguirán todas las prácticas propuestas por el discurso médico.

Esto implica que el discurso médico sí entra en la teoría de la madre, pero siendo modificado y adaptado según la intersubjetividad, experiencia y otras fuentes, por lo que la madre lo hace calzar a sus teorías y experiencias previas. De esta forma, esta teoría, según la posición que tenga en el continuo, dará paso a distintas hipótesis de las madres, en relación a la interpretación de señales y a sus concepciones sobre privación y derechos del niño.

En relación a la interpretación de señales, hemos visto que quienes están más cerca del discurso médico, son quienes captan adecuadamente las señales de hambre y saciedad de sus hijos y además captan adecuadamente las señales de que el niño está enfermo. Esto no sucede con las madres cercanas al polo tradicional, que por lo general interpretan reiteradamente el llanto del bebé como señal de hambre.

En relación a las concepciones sobre la privación y derechos del niño en torno a la alimentación, se observa que las madres que se encuentran más cerca de la postura médica no se dejan llevar por su gusto ni por la “pena” de que el niño no coma ciertos alimentos. Esto no ocurre en las madres que se encuentran en la postura tradicional, que se dejan llevar por su propio gusto, al momento de agregar algunos alimentos extras a la dieta de sus hijos, que no son recomendados nutricionalmente, o por el sentimiento de “pena” de negar aquello que ellas consideran que el niño desea comer. Estas prácticas además, no son vistas como algo dañino por las madres, pues aluden a que estas, aunque sean prácticas diarias, no son implementadas en exceso y por lo tanto no influirían negativamente en la alimentación de su bebé.

Por otra parte, respecto a los momentos propicios en los cuales las madres tendrían sus teorías más permeables al discurso médico, nos encontraríamos con dos momentos críticos que se pueden observar en esta investigación. El primero se refiere a la edad de los niños, ya que las madres que tienen hijos cercanos a los 6 meses, se encontrarían menos informadas acerca de la alimentación complementaria, y estarían en el proceso de construcción de sus teorías implícitas acerca de la alimentación, buscando ser informadas lo mejor posible, por lo cual la incorporación de nuevos contextos, como es la participación de grupos de madres en el consultorio, o las conversaciones que sostienen con el personal médico y sanitario, en este momento serían de mayor efectividad, para que estas madres formen teorías, posicionándose dentro del continuo en una postura más cercana a la médico-legítima ideal que a la tradicional.

El segundo momento crítico que encontramos en el discurso de las madres, es el referido a los momentos de enfermedad o dificultades respecto a la salud del niño, incluyéndose en este la situación de los niños nacidos prematuramente, donde las madres consideran la alimentación con un cuidado mayor que las madres de aquellos niños que no han presentado enfermedades, induciendo estas situaciones a que las madres se inclinen hacia una postura más cercana a la postura médico-legítima ideal, incluso en aquellas situaciones en que la enfermedad no tiene directa relación con la alimentación.

Un punto importante, dentro de lo visto en las madres, es que dentro de la alimentación infantil, surge la consideración de que las mujeres presentarían una capacidad intrínseca para esta materia, sin cuestionarse la capacidad para entregar la alimentación, ni las facilidades o dificultades con las que se podría encontrar una mujer en esta temática. Esto se relacionaría con lo expuesto por Osorio (2002), quien refiere la existencia de una línea femenina de transmisión, lo que fue recalcado por las madres en varias ocasiones tanto en el focus como en las entrevistas, donde la opinión masculina era valorada como de menor importancia que la opinión femenina, tanto de abuelas, madres, tías o hermanas. En este sentido, el padre del niño o niña, tendría poca cabida en la toma de decisiones de la alimentación de sus hijos, siendo una temática femenina en la cultura actual.

En torno a este aspecto, a pesar de que las madres claramente se consideran a sí mismas las principales responsables de la alimentación de sus hijos, no ocurre lo mismo en cuanto a la entrega de hábitos de alimentación a estos. Las madres no manifiestan comprender esta etapa, como importante para la instauración de los hábitos de alimentación, sino que consideran que esto es un tema que empieza a cobrar relevancia sólo cuando el bebé sea mayor. Es por tanto, la responsabilidad en torno a la generación de hábitos en infantes y su inicio en edades tempranas, una de las temáticas que no sería asimilada dentro de las teorías de las madres respecto a la alimentación infantil

Otra de las dificultades que tienen las madres para implementar y/o mantener las prácticas de alimentación saludables en relación a sus hijos, radica en que no existiría, por parte de las madres, la consideración de la obesidad como una enfermedad, ni de las consecuencias concretas que conlleva esta para la salud. Esto, debido a que la obesidad recibe una valoración futura, no observable de manera inmediata, dificultando aún más el seguimiento de las recomendaciones médicas en pos de evitar esta condición.

Por otra parte, también es importante señalar que la postura de las madres es flexible en relación al paso del tiempo, es decir están dispuestas a ir aprendiendo cosas nuevas, a través de todo el proceso que implica alimentar a sus hijos o hijas, lo cual ampliaría las posibilidades de penetración del discurso médico en las teorías implícitas de las madres, y por ende estas estarían abiertas a transitar por el continuo del modelo propuesto, hacia posturas más cercanas a lo planteado por el discurso médico.

En la última fase de esta investigación (Focus Group de Expertos), emergieron las temáticas de información y educación como puntos fundamentales para la creación de teorías acerca de la alimentación, donde es de relevancia la forma en la que se educa y se entrega información a las madres, la cual debe ser contextualizada en base a las particularidades de cada madre e hijo y de sus familias, debido a la influencia que tienen otros participantes de la familia en la forma en que se alimentan los niños. Aquí se planteó además, la necesidad de que las madres se relacionen entre ellas en distintos contextos de actuación saludable respecto a la alimentación.

Es por esto que consideramos necesario incorporar profesionales psicólogos en los equipos multidisciplinarios que se ocupan de las instancias de promoción de alimentación saludable y prevención de la obesidad infantil , puesto que es fundamental poder contar con un profesional que intervenga desde un modelo distinto al médico, que tome en cuenta las dinámicas particulares de cada grupo familiar y que permita de esta manera, ampliar en los contextos de educación respecto a las prácticas de alimentación saludable, de una forma que favorezca la adhesión de la madre a las recomendaciones realizadas, desde una lógica comprensiva y empática y no puramente instruccional.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

Baughcum A. et al (1998): *Maternal Feeding Practices and Childhood Obesity*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. Nº 152: p. 1010 – 1014

Baughcum, A. et al (2001): *Maternal Feeding Practices and Beliefs and Their Relationships to Overweight in Early Childhood*. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics: Dic. Vol. 22 Nº 6, p. 391-408

Carballo V., Sonia (2006) *Desarrollo humano y aprendizaje: prácticas de crianza d elas madres jefas de hogar*. Actualidades investigativas en educación. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Mayo- Agosto. Año/Vol. 6, Nº 002.

Crouch, Patrick, et al (2007): *Child feeding practices and perceptions of childhood overweight and childhood obesity risk among mothers of preschool children*. Nutrition & Dietetics: The Journal of the Dietitians Association of Australia, Septiembre. Nº 64; p. 151–158.

Crovetto M, Vio F (2009): *Antecedentes Internacionales y Nacionales de la Promoción de Salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras*. Revista chilena de Nutrición, Marzo. Vol 36; Nº 1; pags 32 – 45.

Cubero Perez, Rosario (2005): *Elementos básicos para un constructivismo social*. Avances en Psicología Latinoamericana. Colombia. Vol. 23: pp. 43 - 61

Dennison BA. et al. (2006): *Rapid infant weight gain predicts childhood overweight*. Obesity; volumen 14: p. 491-499.

Domínguez –Vásquez P., Olivares S., Santos JL. (2008): *Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil*. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, Nº 3

Dunn J. (1999): *Inquietud y Bienestar Infantil*. Ediciones Morata, tercera edición, Madrid.

Gómez, Luis Felipe (1998): *Las teorías implícitas de los profesores y sus acciones en el aula*. Sinéctica, 30.

Karmiloff-Smith (1994): en Makuc (2008): Teorías implícitas de los profesores acerca de la comprensión de textos.

Labero et al (2008): *Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*. Nutrición Hospitalaria; Vol. 23 Nº 3, pp.226-233

Luna, M. et al. (1999): *Prácticas de crianza en Antioquia*. Medellín, CINDE: Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano Sede Sabaneta. Medellín, Colombia.

Makuc (2008): Teorías implícitas de los profesores acerca de la comprensión de textos. Revista Signos. Vol. 41, Nº 68; págs. 403-422

Martín Criado, Enrique. (2004): *El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares*. Revista Española de Sociología, 93-118.

Martín Criado, Enrique. (2007): *El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía*. Revista Española de Salud Pública, septiembre-octubre, 519-528.

Martín Criado, Enrique. Moreno Pestaña, J.L (2003): *Prácticas y discursos sobre alimentación en la población andaluza. Informe de investigación sociológica para la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud.

Martín Criado, Enrique. Moreno Pestaña, J.L (2005): *Conflictos sobre lo sano. Un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud.

Mella V., Orlando (2003) Metodología cualitativa en ciencias sociales y educación: Orientaciones teórico-metodológicas y técnicas de investigación. Editorial Primus, Chile.

Merton Kiske y Kendal (1956): en Valles, Miguel (2000) Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis, Madrid, España.

Moscovici y Hewstone (1984): en Parales Quenza, Carlos José. (2006): *Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia*. Universitas Psychologica, octubre - diciembre, 613-626

Olivares et al (2006): *Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile*. Rev Chil Nutr Vol. 33, Nº2, Agosto, pags: 170-179

Orrell-Valente J. et al. (2006): "*Just three more bites*": *An observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime*. Appetite. Vol. 48: p. 37 – 45.

Osorio J. et al. (2002): *Desarrollo de la Conducta Alimentaria en la Infancia y sus Alteraciones*. Revista chilena de Nutrición; Vol. 29; Nº 3. Santiago, Chile.

Pagnini, et al (2007): *Mothers of pre-school children talk about childhood overweight and obesity: The Weight of Opinion study*. Journal of Paediatrics and Child Health; Vol. 43; Nº 12; Dic. 2007: pp. 806-810(5)

Parales Quenza, Carlos José. (2006): *Representaciones sociales del comer saludablemente: un estudio empírico en Colombia*. Universitas Psychologica, octubre - diciembre, 613-626

Pizarro, Tito (2007): *Intervención nutricional a través del ciclo vital para la prevención de obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles*. Revista Chilena de Pediatría, Febrero. Vol 78; Nº 1; pags 76-83.

Rodrigo, M., Rodríguez, A. y Marrero, J. (1993) *Las teorías implícitas: una aproximación al conocimiento cotidiano*. Madrid: Visor

Sanders (1993) En Cubero Perez, Rosario (2005): *Elementos básicos para un constructivismo social*.

Sansot (2003): *Teorías implícitas sobre tecnología*. Educación, Lenguaje y Sociedad. Vol.1; Nº 1 (Diciembre 2003): 257-273.

Toschke A. et al. (2004): *Identifying children at high risk for overweight at school entry by weight gain during the first 2 years*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine; vol. 158: pp. 449-452.

Valles, Miguel (2000) Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis, Madrid, España.

Wardle, J. Carnell, S (2007): *Parental feeding practices and children's weight*. ACTA PAEDIATRICA: Vol. 96; N° 454, pp. 5-11

Worobey J. et al. (2009): *Maternal Behavior and Infant Weight Gain in the First Year*. Journal of Nutrition Education and Behavior. Vol. 41: pp. 169 – 175.

## 10. ANEXOS

### Anexo 1

#### Diseño Primer Focus Group

Objetivos:

- Explorar grado de sensibilización del grupo frente al tema de Alimentación
- Explorar las prácticas de alimentación de las madres respecto de sus hijos y los contextos en que estas se desarrollan.

Materiales:

- Sala de reunión
- Cámara de video
- Mini DVD
- Papelógrafos
- Plumones
- Cuadernos
- lápices
- Café y té
- Galletas
- Azúcar
- Vasos térmicos
- Cucharas
- Platos
- Sevilletas
- Termo
- Hervidor

Tiempo: 75 minutos

#### **Metodología**

Primera parte: Exploración espontánea

Objetivo: Explorar grado de sensibilización del grupo frente al tema de alimentación infantil

Tiempo: 15 minutos

Descripción:

Se sienta a las participantes en círculo y se les pide que reflexionen frente a la siguiente consigna: **“Háblenme de la alimentación infantil. Pueden partir con lo que ustedes quieran acerca de este tema”**.

### Segunda parte: Reflexión

Objetivo: Explorar las prácticas de alimentación de las madres respecto de sus hijos y los contextos en que estas se desarrollan.

Tiempo: 30 minutos de reflexión y 10 minutos de materializar las ideas discutidas en papel.

Descripción:

Se divide a las madres en grupos de tres personas y se les pide que reflexionen respecto a las siguientes preguntas: **“¿Qué cosas considero importantes al momento de alimentar a mi hijo o hija?”**, **“¿La opinión de quienes considero para alimentar a mi hijo o hija?”**, **“¿En que momentos alimento a mi hijo o hija?”**.

Luego de realizada la reflexión se le pedirá a las madres que en los papelógrafos escriban las ideas principales que fueron derivadas de su discusión grupal.

### Tercera parte: Exploración y Conclusión

Objetivo: Compartir las conclusiones de cada grupo entre todas las madres

Tiempo: 15 minutos

Descripción:

Se vuelve a sentar a las participantes en círculo y se les pide que cada grupo exponga su papelógrafos, comentando entre todo el grupo las ideas que se repiten y aquellas en las cuales se difiere.

### Cierre

Tiempo: 5 minutos

Se les agradece a las madres su asistencia, y se les entrega un regalo consistente en un pack que contiene música destinada a infantes y un documento informativo de estimulación y vínculo.

Se las invita a un compartir con café y galletas.

## **Anexo 2.**

### **Descripción Primer Focus Group**

Para lograr los objetivos planteados, se indagó a través de consignas abiertas. Con la primera consigna se pretendía conocer la disposición de las madres al tema de la alimentación infantil en general, dando cuenta de si este tema tiene relevancia para las madres, o si se configura como un ámbito de preocupación.

Una vez planteada la pregunta, la moderadora fue guiando el curso de las intervenciones de las madres cuando fue necesario, de manera que el discurso se mantuviera dentro del ámbito de los temas planteados, y aclarando algunos aspectos cuando las madres dieron opiniones que no quedaban del todo explícitas.

Luego de algunos minutos en donde se integraron las diferentes opiniones, la moderadora cerró la primera parte del focus group, sintetizando las opiniones y consensos a los que llegaron las madres.

Para conseguir el segundo objetivo, se separó a las madres en dos grupos con la finalidad de favorecer la emergencia de mayor cantidad de opiniones, conjeturando que en un grupo reducido las madres sentirían mayor confianza para expresar sus experiencias, planteándose la segunda consigna a discutir.

A continuación, se les entregó cartulinas a cada grupo con el fin de explicitar las conclusiones a las que arribaron luego del consenso previo realizado desde las propias madres, permitiendo que éstas manifestaran solo aquellas opiniones que les resultaron más significativas.

Posteriormente se le pidió a cada grupo que expusiera y compartiera lo escrito en los papelógrafos, esto con el propósito de generar una discusión sobre puntos específicos, aclarando a su vez, aquellos aspectos más representativos de las opiniones del grupo, profundizándose en aquellos temas más relevantes para nuestra investigación.

### **Anexo 3.**

#### **Focus Group 1**

Fecha: Martes 22 de septiembre 2009

Lugar: Sala 7, Escuela Psicología, Universidad de Valparaíso

Participantes: He – Y – A – P - Ho

Moderadora: Paula Nájera

1 MODERADORA: Vamos a partir presentándonos, nosotras somos estudiantes de  
2 psicología. Estudiamos acá, en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso,  
3 y estamos haciendo un estudio con madres de niños de edad entre los 6 y 12 meses, por  
4 eso las llamamos a ustedes. Hoy día, primero que nada, les queríamos agradecer por  
5 haber venido, llamamos a muchas mamás y fueron ustedes las que quisieron participar y  
6 en verdad les quiero agradecer, y voy a empezar contándoles un poco sobre mí, yo soy  
7 Paula, tengo 26 años, no tengo hijos, y les puedo contar que mis compañeras son  
8 Carolina, Rommy y Ximena. Las cuatro vamos en quinto año y estamos terminando la  
9 carrera. Me gustaría que cada una de ustedes pudiera presentarse, decir su nombre, algo  
10 más que las represente, si tienen un niño, niña o niños (risas).

11 Ho: Yo soy “Ho”, tengo 43 años, y mi hija se llama “Ab” y tiene 11 meses y tiene un  
12 hermano más grande que tiene 4.

13 Y: Yo soy “Y”, tengo dos niños, tuve gemelos este año, ha sido complicadísimo (risas).  
14 Mis dos chiquititos se llevan por tres minutos de diferencia. La niña nació primero y  
15 después mi hijo y los dos tienen 9 meses. La niña se llama “F” y mi hijo se llama “L”.

16 P: Mi nombre es “P”, tengo tres hijos, tengo dos niñas y el “T”.

17 A: Yo me llamo “A”, tengo 17, tengo un hijo un bebé de 11 meses que se llama “M”, un  
18 gordo enorme (risas).

19 He: Yo me llamo “He”, tengo 24 años y mi hija se llama Ma. Tengo un hijo de 6 años que  
20 se llama “V”. Y eso poh. Estamos muy contentos de tenerla a ella en la casa. Tenemos la  
21 parejita.

22 MODERADORA: Bueno yo les quería preguntar, si podíamos empezar como a  
23 reflexionar, a pensar un poco, lo primero que se les ocurre, si me pueden contar, cuando  
24 yo les pregunto acerca de alimentación infantil, que es lo primero que se les viene a la  
25 cabeza... que cosa (*interrumpen las mamás*)

26 Todas: (en conjunto) ¡leche! (risas).

27 He: Es lo más importante eso, dar la leche.

28 Ho: Por ejemplo ella debiera estar comiendo de todo, pero ella no me come, tira todo para  
29 afuera, solamente quiere pecho.

30 MODERADORA: ¿Sólo pecho?

31 Ho: Sí, o a veces le doy comida, por ejemplo galletas, ella la come. Pero si le doy otras  
32 comidas es bien poquito lo que come.

33 MODERADORA: ¿Y que haces tu ahí?

34 Ho: Le trato de darle, pero puedo darle unas cuantas cucharaditas y de ahí ya pare de  
35 contar. Me tira todo.

36 A: Mi hermana tuvo el mismo problema. Tengo una hermana que tiene 18 que cuando era  
37 guagua, a los 6 meses se enfermó y no comió más. Mi mamá tenía que darle la comida  
38 con jeringa, tenía que dársela muy líquida, se la echaba con harta agua, la única forma de  
39 que comiera, y leche en mamadera tampoco podía. Y mi mamá cuando estaba  
40 esperándome a mí y seguía dándole así, tenía problemas de bajo peso, por lo mismo,  
41 porque... y como se enfermaba y no comía. También se llama Ab, por eso me llamaba la  
42 atención (apunta a hija de Ho), porque también se llama “Ab”.

43 MODERADORA: Le tendremos que cambiar el nombre (apuntando a hija de Ho) (risas).  
44 Tú (señalando a H) estabas terminando de comentar algo.

45 He: Eeeeh, no, y después viene la comida, lo más importante, las frutas, los alimentos.

46 P: No yo con eso tengo que tener más cuidado, porque es super alérgico yo tuve un super  
47 mal embarazo... y él al mes le dio urticaria por comer, y tuve que partir corriendo con él al  
48 hospital por el tema de la leche, así que ahora no puedo comer nada que fuese darle  
49 alergia, porque todavía le estoy dando leche, y él es súper alérgico, súper delicado de  
50 piel, entonces tengo que tener cuidado en darle...

51 MODERADORA: ¿y como lo haces para darte cuenta que era alérgico?

52 P: eh de repente, cuando le dio la urticaria y ahí comenzó con la alergia, tuve que llevarlo  
53 particular a un medico y...

54 MODERADORA: *(interrumpe)* ¿le daban remedios?

55 P: sí, y le daban cremas, shampoo, jabón...y no ponerlo al sol no más

56 MODERADORA: ¿Y respecto a la alimentación? Alguien más... *(mira a las demás)*

57 Y: No, mis dos niños son buenos para comer, se toman su papa a la hora, el almuerzo,  
58 después les doy jugo de fruta natural, y en la tarde toman su papa a las 4 y después a las  
59 8 la cena y comen frutas, manzanas, plátanos... y la comida va variando, pescadito o sino  
60 con pollo o sino con puras verduritas y porotos todavía no puedo darles porque es muy  
61 pesado.

62 A: A mi me dijeron que eso era después del añito, todo lo flatulento, ni cebolla, nada de  
63 aliño. No se poh, eso, yo como iba a charlas y cursos del consultorio, porque me gustaba  
64 enterarme de las enfermedades, de que podía tener y esas cosas, entonces por eso me  
65 aprendí toda la dieta que un niño debe tener. Entonces después del año y medio recién  
66 podía comer todo lo que era legumbres, porque es muy, le hace mal para la guatita,  
67 porque se llenan de gases.

68 Y: Hasta el momento no le he podido dar de eso.

69 A: La cebolla, ni coliflor, ni betarraga... ah no, aunque la betarraga sí puede, cuando  
70 pueden, es lo primero que puede comer, y bueno, zanahoria, zapallo, espinaca, acelga.

71 MODERADORA: Tú entonces contabas que vas a charlas que hace el consultorio, y ¿las  
72 demás?

73 He: No, yo no

74 P: No

75 MODERADORA: ¿No?

76 Y: Ah pero han hecho talleres, a esos yo he ido a todos.

77 P: Ah sí, los talleres del Chile Crece Contigo.

78 A: Sí, yo iba a uno con una nutricionista que parece que también estaba haciendo  
79 práctica, porque era muy jovencita, y ahí nos hablaba de alimentación. Y bueno yo a mi  
80 hijo lo tengo que controlar harto porque es gordo, gordo. Lo que pasa es que mi hijo subió  
81 de peso, hasta los 6 meses yo le di leche, porque subió, pesaba mucho y media 75  
82 centímetros, era demasiado gordo para su edad, era mucho, estaba como en 5 kilos de  
83 sobrepeso y tomaba nada más que pecho y agua, entonces le quité el pecho, para poder  
84 tenerlo más regulado, porque como era pura leche materna, ahí no se puede controlar, es  
85 a libre demanda como se dice, entonces empecé a quitarle la leche para poder racionarle  
86 y poder darle con medidor. Ahora se toma la leche a las 7, a las 12 almuerzo, a las 4 se  
87 toma otra leche, cena a las 7 y se toma la última leche como a las 11, y ahí hasta el otro  
88 día. Y no puede comer mucho, frutas solamente y las galletitas de champagne, porque es  
89 sumamente bueno para las golosinas, pero las comidas deben ser verduras y en la tarde  
90 tiene que se pollo y nada más poh, bueno frutas, pero nada de golosinas.

91 MODERADORA: Y eso a ti ¿dónde te lo enseñaron? ¿En las charlas?

92 A: Sí, igual mi mamá me lo decía, pero yo le hacía caso a lo que me decían ahí poh.  
93 Aunque igual todavía me molestan en el consultorio, porque el niño está con sobrepeso.  
94 De hecho ahora tiene nutricionista el 5. Lo que pasa es que ahora tiene 11 meses y pesa  
95 13 kilos 900, cachai, el mismo peso de hace 5 meses, se ha mantenido y a crecido harto,  
96 mide harto.

97 MODERADORA: Bueno ahora justamente...

98 Y: (Interrumpe) Bueno a lo mejor el papá es grande.

99 A: No, es un poco más grande que yo nomás. Los papas de... el papá de él es alto. Mi  
100 papá es mas chico que yo (risas). Si ninguno de mi familia es muy alto (risas). Y bueno el  
101 M. ya bota las sillas, bota todo.

102 MODERADORA: Justamente vamos a empezar a hablar ahora de... un poco lo que  
103 estaba comentando angélica y vamos a pedirles que porfavor nos dividamos en grupo.  
104 Van a ver dos grupos, que van a ser por los colores de los... de los distintivos. Entonces  
105 los verdes se juntarían por aquí (*indicando hacia su derecha*), y los... los amarillos por  
106 acá (*indicando hacia su izquierda*) y les voy a pedir que conversen respecto a un tema de  
107 conver... respecto a unas problemáticas que les voy a plantear, que son como tres  
108 preguntas que tienen precisamente, como tú dijiste (*señalando a A*), o sea como dijiste  
109 antes, que ver con lo que hablaba A recién, que es: ¿Qué cosas considero importante al  
110 momento de alimentar a mi hijo o hija? ¿La opinión de quienes considero a la hora de  
111 alimentar a mi hijo o hija? y ¿en qué momentos alimento a mi hijo? Cuáles son los  
112 momentos en que los alimento durante el día.

113 A: ¿Los horarios?

114 MODERADORA: En qué momentos aparece la alimentación, en qué momento ustedes  
115 deciden alimentar a sus hijos. Y yo de todas maneras voy a escribir las preguntas ahí por  
116 si se les olvida y después les voy a pasar un papelógrafo para que escriban las  
117 conclusiones a las que llegaron como grupo. ¿Les parece?

118 Y: Ya

119 (*Todas las demás asienten con la cabeza. Entonces se levantan y se dividen en dos*  
120 *grupos. Uno de tres mujeres, y el otro de dos mujeres. En este momento comienzan a*  
121 *discutir por separado sobre las preguntas que la Moderadora les entregó. El video se*  
122 *apaga y se vuelve a grabar una vez que las madres comienzan a exponer a todo el grupo*  
123 *lo que escribieron en sus Papelógrafos).*

124 MODERADORA: Siéntense acá para que ustedes lo puedan presentar. ¿Ya?, ¿Quién  
125 quiere partir?, ¿Parten ustedes? (*indicando a dupla P- Ho*)

126 Ho: Si.

127 Ho: Nosotros no fuimos bien detalladamente.

128 He: O sea no tan detalladamente, pero lo más importante nosotras creemos que son la  
129 leche materna y las cosas que son naturales, las vitaminas, lo que sirve para el  
130 crecimiento de nuestro hijo, o sea eso.

131 MODERADORA: Y eso ultimo que sirve para el crecimiento de los hijos, qué, qué es...  
132 *(Interrupción)*

133 P: Eso, lo que es natural... *(Interrupción)*

134 Ho: Lo que pasa es que contengan vitaminas mas que nada, naturales, porque yo al  
135 menos a ella (indicando hija), no le doy cosas con grasas, porque las grasas derivan a  
136 que el hijo sea mas gordito y empiecen a enfermarse, entonces a ella yo trato cuando me  
137 lleva la comida y me la recibe, sin grasas, mas que nada cosas naturales, o sea por  
138 ejemplo verduras, todo eso.

139 MODERADORA: ... Pero...

140 Ho: Y la otra, la segunda, opinión de quienes considero al alimentar a mi hijo. A veces me  
141 llevo por lo que me dice mi cuñada o por lo que me dicen en el... el nutricionista, que  
142 ahora seguramente va a tocar en el año con ella (indica a hija).

143 P: A una misma también como ha tenido otros hijos, tiene mas experiencia, entonces es lo  
144 mismo de repente; por ser yo a él (indica a hijo) le di relleno, porque no estaba como muy  
145 segura si alimentaba la leche, porque no lo encontraba así como que subiera de peso y  
146 era verdad, porque siempre lo llevaba al consultorio y subía muy poco, entonces era  
147 verdad, para ellos no era tan lógico que no subiera de peso.

148 MODERADORA: ¿Para los doctores?

149 P: Sí, por eso yo, o sea yo ya le estaba dando relleno, cuando ahí me dijeron que le diera  
150 relleno.

151 MODERADORA: Ya....

152 P: Porque yo ahí como que uno sabe, uno presiente lo que les pasa a ellos, entonces  
153 como que ya sabía que tenía que darle relleno y eso. Por eso empecé a darle.

154 MODERADORA: Y eso tiene que ver con la experiencia o tiene que ver con otras cosas  
155 además....

156 P: No, yo creo que con la experiencia... *(Interrupción)*

157 A: Instinto de mama.

158 P: Si poh.

159 Y: Claro porque si la guagüita le da pecho y queda con hambre y sigue llorando  
160 *(interrupción)*

161 P: Es por algo. *(Asienten mamás)*

162 Y: No quedan bien, no quedan bien con la leche, entonces ahí habría que darle.

163 P: Y si no tiene ninguna enfermedad, si no esta afiebrado, no le molestan los dientes.  
164 Esas cosas.

165 Y: Claro, como que automáticamente te enseña a uno.

166 P: Sí *(mamás asienten)*.

167 A: aparte es verdad eso que dicen que el llanto son diferentes. Cuando lloran de hambre  
168 es diferente, tú cachai que no es que les duela algo, porque no se toca nada él, nada. O  
169 sea, como que ¡lloran tengo hambre!

170 P: O sea uno sabe, sabe más o menos cuando ellos lloran. Por ser de maña.  
171 *(Interrupción)*

172 A: Claro, si están aburridos. *(Interrupción)*

173 P: O porque tienen hambre. *(Interrupción)*

174 A: Tienen sueño *(mamas asienten)*

175 P: Si está leseando *(mamás asienten)*

176 He: El sexto sentido que tienen las mamás. *(Sonrisas)*

177 P: O sea a mi me pasa.

178 MODERADORA: Y siempre les pasa o a veces... (*Interrupción*)

179 Ho: Yo creo que no, o sea a mí al principio cuando yo tuve a mi hijo, los primeros meses  
180 me costaba caleta cachar que quería.....

181 P: no y aparte que yo soy, eh, como se llama. Mi mamá murió muy, cómo es, o sea yo  
182 tenía 10 años cuando mi mama falleció y nosotros somos 8 hermanos, entonces tuvimos  
183 que como adaptarnos a trabajar, a cuidarnos. Yo tenía que cuidar a mis sobrinas que eran  
184 de mis hijas, o sea de mis hermanas que eran chicas. Ellos tenían que trabajar como yo  
185 era la mas chica entonce teníamos que cuidarlas a ellas.

186 Y: Varias años de experiencia por todo lo, por los hermanos. (*A asiente*).

187 P: Yo creo que por eso

188 Ho: Y la tercera cosa.

189 P: Esa es importante darles las comidas a la hora, porque se acostumbran a darles en un  
190 horario. Eh para dormir, para comer. En la mañana se toma por ejemplo la leche o pecho,  
191 después el almuerzo, eh nada extra, o sea de repente una galletita o algo pero nada así  
192 como muy pesado.

193 MODERADORA: Pero esos son los horarios en que...

194 P: Claro, en la mañana, en la hora de almuerzo, en la tarde y la cena.

195 MODERADORA: Ahora les toca a ustedes (*dirigiéndose al trío*), después vamos a volver a  
196 conversar un poco de lo que ustedes también nos contaron ¿ya?

197 A: Nosotras tenemos los alimentos importantes: la leche de la mama la más importante,  
198 después la leche Purita, la leche con Nestum (*asienten mamas*). De manera que sea más  
199 contundente. Las frutas y verduras las carnes, el pollo y el pescado. Es importante  
200 mantenerlos limpios, que sean frescas las verduras y el lugar donde se cocinen que este  
201 limpiecito, que no vaya a tener ningún bicho que se le pueda pegar en la guatita del niño.  
202 Eh también que las comidas estén a la temperatura adecuada, o sea hay que enfriarlas  
203 bien para que no se vayan a quemar y que no este frío porque les puede caer mal.

204 A: *(continuación)* Eh, la porción de acuerdo a la edad y el peso. Es importante, porque  
205 mientras mas chiquititos son y cuando empiezan recién a comer, media taza *(indica con*  
206 *las manos)*, después ya es tres cuartos de la taza, después la taza entera y después esos  
207 platitos de bebes, esos cositos chicos *(indica con las manos)*.

208 *(Sonrisa moderadora)*

209 A: Y el agua y los jugos de frutas y naturales son súper importantes para los niños, para  
210 que se hidraten y tengan buena digestión.

211 Y: Y, igual que en esa parte *(indica)* la nutricionista a mi me dijo que nada de en la  
212 comida, nada de sal y nada de azúcar, pero yo igual le echo. *(Interrumpen)*

213 A: No yo le echo.

214 Y: Igual le doy aunque sea un poquito, no le echo, no dejo salá la comida no. Le echo un  
215 poquitito solamente, igual que a las papas, igual le echo un poquitito y eso ellos lo ven,  
216 ellos lo notan porque reclaman si no tienen el poquito, la pizquita con azúcar, un poquito  
217 si, pero a mi me dijeron que nada de azúcar y nada de sal a los niños.

218 MODERADORA: Y ¿por qué la diferencia?

219 A: Porque creo que es mas....

220 Y: Yo creo que es porque la costumbre, claro, no sé si estaré haciéndolo mal, pero yo le  
221 echo un poquitito de sal.

222 MODERADORA: Y por que deciden ustedes si dar el azúcar y si dar la sal?

223 A: Es mas rica, es mas rico *(risas de mamás)*

224 A: Yo por ejemplo, mi suegra es súper pateadora; que la sal... y como ahora vivo con ella,  
225 como ve al niño y que no le eche sal a las comidas y ella a veces le echa sin sal, porque  
226 dice que la sal es dañina, que causa enfermedades, no se que otras cosas. *(Interrumpen)*

227 Y: Que sea en el tiempo, en exceso, obvio.

228 A: Obvio que en exceso no, no le voy a dar un kilo de sal a la comida del niño, pero yo le  
229 echo igual a la comida, porqué, porque yo le empecé a dar la comida al niño y yo se la

230 empecé a dar sin sal, y ella me dice (refiriéndose a la nutricionista de consultorio): “no si el  
231 niño no sabe de sabores”, y el niño sabe de sabores, si tiene gusto poh, como no va a  
232 saber de sabores, entonces yo le echo igual sal y azúcar nada, azúcar no porque, por el  
233 peso, la sal no te hace subir de peso y como mi hijo es gordo entonces no tengo que  
234 darle, azúcar no le doy por la leche, la leche igual como que tiene un gustito rico,  
235 entonces, pero como la comida es desabrida y eh... a mi no me gustaría comer comida  
236 sin sal, entonces yo le doy a mi hijo con sal, no se la dejo ni salada pero también  
237 desabrida la encuentro súper mala, así es que yo le echo a la comida.

238 MODERADORA: ¿Y a las demás qué les pasa con eso?

239 Ho: Si, yo también le doy comida con sal

240 P: si

241 A: es más sabrosa

242 Ho: Porque el nutricionista me había dicho que no había que ponerle sal a las comidas  
243 pero yo igual le eché un poquitito

244 MODERADORA: ¿aceite sí?

245 Todas: si, eso sí (*todas asienten*)

246 Y: aceite de canola

247 P: para la digestión

248 MODERADORA: ¿y eso también les dijo la nutricionista?

249 Todas: si

250 Y: aceite de canola o extra virgen de oliva también

251 MODERADORA: ¿Y la segunda pregunta? ¿Las opiniones de quienes considero para  
252 alimentar a mi hijo o hija?

253 A: en primer lugar del nutricionista, o sea, en cuanto a los alimentos que el niño tiene que  
254 comer, el nutricionista, si tiene que comer papas, eso

255 Y: y que le dé con respecto a la edad y si está en el peso, según las escalas que ellos  
256 tienen para ver las mediciones del niño, eso es importante

257 A: pero por ejemplo, lo que decidimos nosotras, eh lo otro es en el momento y por ejemplo  
258 cosas extras que darle, por ejemplo de repente darle no sé poh, un pedazo de pan no le  
259 va a hacer mal al niño, no se va a morir el niño dándole un pedazo de pan, pero el  
260 nutricionista dice no, el pan no, que lo engorda al niño, entonces eso, la segunda opinión  
261 nosotras, que es lo segundo que nosotros decidimos que darle, primero lo que dice el  
262 nutricionista, ve por dieta o como por conocimiento, ellos saben, y después (mirando a Y)

263 A y Y: nosotras

264 MODERADORA: ¿Y ustedes por qué cosas se guían para decidir eso?

265 A: yo creo que por el gusto de una misma, por ejemplo yo

266 Y: por ejemplo si el niño está enfermo uno no va a ir a darle comida si no quiere, o sea si  
267 está enfermito bastante líquido, según. Entonces uno tiene que ir viendo como está el  
268 niño y todo, o sea si está normal, si el niño está bien te va a recibir la comida todo bien,  
269 pero si el niño está enfermo va a querer más agüita, no sé, más juguito y la papa la va a  
270 rechazar, el alimento

271 MODERADORA: O sea, hay diferencias cuando el niño está cansado qué cuando el niño  
272 está enfermo

273 Todas: asienten

274 Y: si, hay diferencias

275 Y: hay hartas diferencias

276 Y y A: no come

277 A: por ejemplo mi hijo sufre de bronquitis, como casi crónico, estuvo la otra vez, en marzo,  
278 se enfermó, estuvo dos meses con bronquitis, y ahí qué le pasaba, que se congestionaba,  
279 y como al tragar, no respiraba porque no saben respirar por la nariz, o sea no saben  
280 respirar (*gesto alusivo a aire que sale de la nariz*) respiran por la boca porque la nariz se  
281 inflama. O sea pasaba que cuando masticaba se ahogaba, entonces no quería comer, y

282 me hacía así con la comida (gesto de aleteo con la mano, como alejando la comida), pero  
283 se moría de hambre, entonces también, para tomarse la leche era súper... es diferente  
284 cuando estaba enfermo

285 MODERADORA: Y ¿Prestan atención a otras personas o a otras opiniones cuando el niño  
286 está enfermo que cuando está sano? ¿O sigue siendo la misma jerarquía?

287 Y: no poh ahí uno ve porque no está la nutricionista ya con uno

288 A: claro

289 Y: uno está en la casa y sabe que el niño si el niño está enfermo uno se da cuenta, que el  
290 mismo niño tu le pones la papa y no la va a querer, y va a llorar se va a sentir mal

291 A: claro, yo veo que otra cosa puede ver el niño para que no esté tampoco sin comer por  
292 ejemplo el día completo

293 Y: claro, claro, darle cosas más livianitas

294 A: ¿Qué puede comer el niño?, ¿Qué comería yo si estuviera enferma, pero si fuera más  
295 chiquitito?

296 Todas: risas

297 A: yo digo, si fuera chiquitito

298 He: cosas más ricas

299 A: claro, cosas más ricas, que te regaloneen más

300 He: Jaleita

301 Y: por ejemplo si están enfermitos de la guatita no darle comida, sino la papa no más,  
302 suavécita

303 A: menos leche

304 Y: el mismo niño le va enseñando a una

305 MODERADORA: y las cosas más ricas que decían, es por ¿por qué es?

306 He: porque a los niños les gusta, y a nosotros también nos gusta

307 Todas: risas, y miradas entre ellas

308 A: claro, por ejemplo si a uno le gusta una galleta yo digo: esta galleta es súper rica, le  
309 voy a dar un poquito

310 He: claro

311 Y: no, y uno incluso, uno cuando por ejemplo yo estaba embarazada yo sentía que mi  
312 guagüita se movía más si yo comía por ejemplo helado

313 He: dulce

314 Y: me daban unas ganas de comer helado de repente, o una galleta algo de chocolate, no  
315 sé

316 A: a mí cuando me hacían la (movimientos de manos sobre su estómago) como se llama

317 Y: la ecografía

318 A: no, no la ecografía, cuando ya estaba por tenerlo

319 He: y...

320 Y: ...el monitoreo

321 A: el monitoreo, tenía los latidos y todo, cuando estaba muy tranquilo me hacían comer  
322 chocolate y el niño se movía

323 Todas: risas

324 A: el dulce los activa

325 Todas: claro (*riéndose*)

326 A: de repente en las noches, yo no le doy nada que tenga azúcar, sino (*gesto con los ojos*  
327 *muy abiertos, aludiendo a que quedan activados*)

328 P: yo tengo un sobrino que tiene 10 años, pero es súper hiperactivo y en la noche no nada  
329 de dulce, nada de azúcar, nada, sino no duerme nada y se queda pa' allá pa' acá

330 A: como nervioso

331 P: mi cuñada tiene que darle pastillas pa' que se calme, si es súper así

332 Ho: yo cuando estaba embarazada de ella también era muy buena para comer cosas  
333 dulces, y mi cuñada la que siempre yo converso con ella, dice me retaba, me decía no  
334 comas tantas cosas dulces porque la niña te va a nacer súper activa, porque ella recibe  
335 todo, me decía. Y es verdad po', ella es súper inquieta, se mueve para allá para acá, no  
336 está quieta, solamente cuando está durmiendo

337 MODERADORA: o sea, la alimentación también importa durante el embarazo

338 Todas: si

339 Y: es primordial en el embarazo, yo por ejemplo mis dos hijos yo los primeros meses fue  
340 atroz, porque vomitaba, pero era pero que hasta los cinco meses ya recién ahí empecé a  
341 afirmar la guatita, y la comida no la podía comer con sal, yo toda la comida sin sal y  
342 tampoco pude recibir cosas dulces, por ejemplo un chocolate me daba asco, todas las  
343 cosas con dulce me daban asco, entonces no sé, era mi organismo no sé, si sentía así  
344 poh, no sé.

345 MODERADORA: ¿Como distinto?

346 Y: (asintiendo) distinto, a como ahora, ahora puedo comer cosas dulces pero en ese  
347 tiempo no podía, y tampoco con sal

348 A: no sé si influirá tanto lo que, pero yo que quería comer, yo no creía antes cuando yo  
349 veía en la tele que venían antojos, yo no creía, no creía que a uno le pudiesen dar antojos  
350 de comer algo, entonces, yo qué quería comer, qué quería comer, atún con mayonesa, y  
351 no quería nada más que atún con mayonesa, y quería atún con mayonesa, atún con  
352 mayonesa, atún con mayonesa y que otra cosa, sandía. Por ejemplo, yo subí nueve kilos  
353 en mi embarazo, subí nueve kilos y nació el "M", y después a los siete días, al control de  
354 los siete días, pesaba 58 y fui y pesaba 47.

355 *(Aquí Ocorre un corte breve en la grabación, por cambio de video)*

356 Y: Entonces se desajustó como que todo, incluso a mi me dio la depresión antes de... A  
357 mi esposo le dio en el momento en que nacieron mis hijos le dio la depresión, no quería  
358 verlos, no, entonces fue un cambio tan brusco, porque irrumpieron en todo, afectaron en  
359 todo el entorno, entonces a mi marido le costó mucho adaptarse, es como un proceso de  
360 adaptarse, entonces eso... ahora ya no, ahora como los ve, todo, los toma pero al  
361 principio no, porque era llanto, llanto, las guaguas llanto, cada dos horas, cada dos horas,  
362 era un cosa que ya... era demasiado, era demasiado y entonces tampoco, nosotros como  
363 que nos separamos un poco porque mi marido no podía dormir conmigo, no podía porque  
364 él al otro día tenía que trabajar y como iba a trabajar si no durmió, paso toda la noche  
365 despierto, entonces no podía. Entonces ese desbarajuste ahora recién estamos.. claro,  
366 como yo vivo con mi mamá, ella se llevaba un niño y yo al otro, así en la noche, así para  
367 poder dormir porque sino no podía. Bueno y los primeros meses mi marido, bueno él se  
368 alejó, él se fue a otro dormitorio, y yo con mi mamá era toda la noche, entonces fue toda  
369 la noche

370 A: tenían el sueño cambiado

371 Y: Teníamos el sueño cambiado, lo que pasa es que por cesárea me han dicho que los  
372 niños están durmiendo, cuando te sacan a la guagua tienen que estar durmiendo,  
373 entonces el cambio, que ellos creen que están... están despiertos en la noche.

374 A: mi hijo nunca tuvo el sueño cambiado, no nunca, normal, pero como a los tres meses,  
375 no, a los dos meses, dormía todo el día, era un oso dormilón, dormía todo el día, todo el  
376 día, a la hora que lo veías estaba durmiendo

377 Mo: (a Y) Y tu estabas contando antes que tu marido se metía a internet.

378 Y: Claro

379 MODERADORA: Para...

380 Y: Por el tema del sueño, el se metía por el problema del sueño. Porque decía que a los  
381 niños había que hacerle un horario para dormir, pero como eran chiquititos, recién  
382 nacidos, tú no les puedes hacer un horario a una guagua poh, tu no les puedes poner...  
383 no porque son bebés chiquititos y la demanda de la leche es superior a cualquier  
384 cosa.....entonces a cada rato... cada dos horas le doy el pecho, después el otro, y entre

385 que tu lo mudas, se te van pasando la noche, y ya son las tres de la mañana, las cuatro,  
386 después las cinco, las seis, les toca la otra papa, y así... Entonces era una cosa que...

387 MODERADORA: y ahora por ejemplo, porque (a todas) ¿Todos los niños están con  
388 alimentación complementaria además de la leche materna?

389 Y: no ahora ya se estabilizaron, ahora último tipo 9 de la noche, 10, ya están durmiendo,  
390 claro. Pero el tema que tengo yo es que yo no puedo todavía tener a los dos juntos  
391 conmigo. Porque despierta uno y ese, el llanto de ese despierta al otro, entonces ahí  
392 también nos desvelamos, pasa la hora y escuchamos música un rato o prendemos la tele,  
393 y ya nos quedamos despiertos. Entonces en toda esta etapa mi mamá me ha ayudado  
394 pero cualquier cantidad, yo creo que sin ella no habría podido, no sé.

395 MODERADORA: ¿y ella también influye en como alimentas a tus hijos?

396 Y: sí, mi mamá está bien...

397 MODERADORA: porque ella es también parte de...

398 Y. sí, ella está bien... incluso yo quería traerla a la charla porque ella se interesa al tiro,  
399 que vamos, que los niños, no sabía yo si podía venir, como se quedo cuidando, tengo otra  
400 sobrina que es grande también entonces entre las dos... Y entonces ahí, con ellas me he  
401 ayudado un poco porque igual es demasiado, es mucha pega, dos guaguas es mucha  
402 pega, porque aparte uno no solo tiene las dos guaguas, tienes que lavar, hacer almuerzo,  
403 hacer aseo -las madres asienten una dice ¡hacer todo!- claro. Entonces es demasiado.  
404 Todo el mundo dice que lindo debe ser tener dos guaguas: no se los doy. (Todas ríen y  
405 hacen gestos de afirmación y complicidad con lo que dice Y.)

406 MODERADORA: ¿Y la tercera pregunta? ¿En que momentos alimento a mi hijo o hija?

407 A: (señalando a He) Ella, ella es He, y su bebe M. toma cuatro leches, ella tiene 8 meses,  
408 toma cuatro leches, un postre, una comida y un jugo de frutas. A las 9 de la mañana, a las  
409 4 de la tarde, a las 8 y a las 10 de la noche. A las 12 del día almuerza, y con el postre  
410 también a las 12 y el jugo también a esa hora. Es el almuerzo y después el jugo.

411 La Y, y sus dos bebés F y L. 3 leches, dos comidas, un postre y jugo de frutas, a las 7 de  
412 la mañana, a las cuatro de la tarde y a las once de la noche. Las comidas a las 12 del día

413 y a las 7 de la tarde la cena. Y el postre a las 12 junto a la comida, a las 12 y el jugo  
414 también con el postre si tiene sed, en todo caso también le da agua...

415 Y: o sino entonces les doy el juguito en al tarde, cuando comen la comida, porque la  
416 comida esta muy espesa, y no les gusta tan espesa, ahí les doy el juguito.

417 MODERADORA: pero siempre un jugo.

418 A: No, puede ser más, o sea yo al menos, es más

419 Y: si tienen mas sed, el niño cuando empiezan (hace chasquido con la lengua) yo le doy  
420 agüita cocida, puedo darle.

421 A: y el M. se toma tres leches, igual que la F y el L, dos comidas, el postre y mucha agua,  
422 toma muchísima agua. Se toma tres, cuatro mamaderas de pura agua... es super buena,  
423 tiene su piel limpiecita... entonces también harta agua, y también un juguito de fruta, y  
424 de... verdura: de betarraga, zanahoria (*"Y" también repite y asiente cuando se nombran*  
425 *las verduras*). Yo le daba jugo de zanahoria cuando tenía tres meses, le hacía jugo de  
426 zanahoria porque decían que era super buena, por las vitaminas, y toda la cosa. Y mi hijo  
427 se puso con las manos igual que un zapallo. Tenía las manos amarillas Daban ganas de  
428 comérselo. En serio parecía un zapallito, así que no pude seguir dándole. Ahora le doy  
429 con las comidas no más.

430 MODERADORA: Y tienen más cosas anotadas.

431 A: ah, sí. En caso que cuando los niños están enfermos no se le obliga a comer. Y cuando  
432 le dan mucha comida, o les damos otras cositas cuando nosotras comemos, decíamos  
433 que cuando... yo no puedo ver que mi hijo este al lado mientras yo como, estamos  
434 tomando once y yo lo siento en la sillita, porque no lo voy a dejar adentro solo jugando, si  
435 tiene... entonces, claro, lo siento al lado mío y me mira, y no puedo com... yo no puedo  
436 comer si mi hijo está mirando, entonces le doy ahí una galletita, y de repente cuando no  
437 hay galletas de champagne, porque se disuelven, entonces no son tan... no tienen tanto  
438 ni chocolate, ni vainilla, ni crema, dicen que son buenas para las guagüitas, se deshacen,  
439 se ablandecen (las otras madres afirman) ...

440 MODERADORA: ¿Y a todas les pasa lo mismo, que cuando...

441 P: sí, porque a la edad de ellos están como probando todo lo que... todo lo que... está  
442 alrededor de él.

443 A: a veces no es que te pidan pero si me está mirando así como yo me como un pedazo  
444 de pan, No lo puedo mirar así, dejar que me mire, no puedo (*el resto de las madres*  
445 *hacen gestos de afirmación y dan monosílabos de afirmación*) Eso yo creo que sí pasa...

446 Otra mamá: (*interrumpe*)...te da como pena que te esté mirando...

447 A: (*continúa*)...que te está mirando, y yo, una esta comiendo el pan con palta, y te está  
448 mirando así... que comió... puras verduras (ríe), no ahí una galleta, cuando no hay  
449 galletas pancito,

450 P: o untarle algo

451 ...memelada...

452 ...queque...

453 P: De todo... de repente es bueno que... probar de todo, que prueben de todo. Porque así  
454 no se enferman tanto; porque uno de repente los cuida tan delicados que más se  
455 enferman.

456 ...es verdad eso...

457 A: También es para saber lo de las alergias, es importante, porque por ejemplo te dicen  
458 que el pescado es después de los ocho meses, entonces pasa que tu le dai a los ocho  
459 meses y el niño resulta que es alérgico y tu nunca supiste que es alérgico, entonces si  
460 uno está comiendo, no sé po, sopa de pescado o algo con pescado, les dai un poquitito, si  
461 al niño obviamente no le vai a dar una comida entera con pescado porque el niño se te va  
462 a enfermar. Entonces también por ejemplo, mi hijo siempre de chiquitito le daba todo,  
463 memelada con el dedo, "toma memelada", leche condensada, palta, todo de poquito.  
464 Una vez le di jugo de tomate y se lo unté, y se le manchó entera la boca, "no le voy a dar  
465 más tomate" ahora si le doy tomate no le pasa nada, pero cuando era chiquitito le  
466 enronchó todo, entonces también yo me asuste, se una vez estaba comiendo y me sacó  
467 el pan y se lo metió a la boca y ahí cache que ya no era alérgico. Ahí uno también cacha  
468 cuando los niños son alérgicos o les duele la guatita, no mejor no, porque esto le hizo mal

469 alguna vez. Entonces también darles de probar de todo en poca cantidad, porque si no  
470 después le puede enfermar, ni nada...

471 MODERADORA: Y a todas les pasa lo mismo (gestos afirmativos) ¿Y en que otros  
472 momentos, además, porque estos son los horarios como establecidos, y en que otros  
473 momentos le dan alimentos al hijo, además cuando decían tomando once? ¿En todas las  
474 comidas que uno tiene también le dan alimentos al hijo o...

475 A: lo que pasa es que ellos comen a desh... no sé, yo por ejemplo, yo tomo desayuno a  
476 las 10, y ahí, a veces se entretiene... lo que pasa es que a la hora de once, como siempre  
477 es el momento como más familiar, donde todos nos sentamos juntos, entonces quien va a  
478 ver al niño sino a esa hora, en cambio como en la hora de almuerzo, yo por ejemplo, yo  
479 estudio, no almuerzo con él, y almuerza quién, mi suegra con él, y a la hora en que ellos  
480 almuerzan el niño duerme su siesta, entonces a esa hora él no está cuando uno come, y  
481 el toma desayuno a las 7 y después se duerme, hasta las 10:30, entonces ahí mi suegra  
482 que se levanta a las 6 de la mañana, ahí ella toma desayuno, entonces nunca ve al niño,  
483 el niño ve la pura hora de once cuando estamos todos y el se sienta al lado.

484 MODERADORA: ¿Y a las demás también les pasa lo mismo o...

485 He: no, yo en la mañana, como ella toma la papa en la mañana, a las 9 de la mañana, ahí  
486 yo aprovecho de tomar desayuno, todos...

487 A: entonces no es necesario

488 He: claro, después al almuerzo, él almuerza con mi hijo, cuando se va mi hijo al colegio.  
489 Después a la una, a la una le doy una galleta, o pan, pan de ese batido, o sino le doy  
490 juguito pa la sed. Después...

491 MODERADORA: Y eso es porque están almorzando ustedes

492 He: claro; o sino ella está viendo tele, ella está jugando por allá y nosotros estamos  
493 almorzando por acá, pa que no nos vea. Después a ella le toca a las 4 la papa, y a las 6  
494 nosotros tomamos once, y ella mira todo y le doy no sé po, un vasito de té, se le da...

495 MODERADORA: Y tu P, ¿también?

496 P: Él se despierta justo cuando uno se va a sentar... como que (hace gesto de oler) el  
497 olor. Pero él no molesta, entonces de repente le paso su galletita, o algo, y el almuerza...  
498 yo le doy a él solamente el almuerzo, porque mis otras hijas van en la mañana al colegio,  
499 entonces almuerzan en el colegio, y yo estoy sola con él a la hora de almuerzo. Entonces  
500 pa él, es su hora yo sola con él, su almuerzo...

501 MODERADORA: Y hay otras ocasiones en las que...

502 P: pero cuando va, sí, cuando va... porque él esta acostumbrado a sus horarios, entonces  
503 uno le va a dar otra cosa y como que no, no lo...

504 A: (*interrumpe*) mi hijo agarra de todo

505 P: (*continúa*) Pero ponte tú le dai una galletita o un pedazo de pan molido, como decía  
506 ella, y lo agarra, ahora más que pa tomar es para las encías

507 A: (*Vuelve a interrumpir*) para las encías, sí.

508 P: (*Continúa*)...pero...un agüita sí, un juguito... pero cuando va donde mis suegros ahí le  
509 dan de todo, como son los abuelos, los abuelos siempre son...son super...ah y demos  
510 esto...

511 A: o en los cumpleaños, algo así, no podís (*no darle*), la torta....un pedazo de cualquier  
512 cosa, de queque... nosotras no porfavor...

513 P: Aparte yo tengo que andar preocupada de lo que le dan, porque la otra vez mi sobrina  
514 le dio una probadita de chocolate y en la noche estaba insoportable, estaba así, tenía la  
515 cara... entonces tengo que andar así como controlando lo que le dan.

516 A: claro es que a lo mejor las otras personas no se dan tanta cuenta como una, una que  
517 está ahí, que sabe que al niño le dan alergia las comidas, entonces una los cuida caleta  
518 pa que el niño no coma nada, que no le vaya a dar alergia, y después van y ene gente  
519 que en realidad no están después cuando el niño se rasca todo, entonces obviamente...  
520 bueno, yo por suerte no tuve problemas de alergia con mi bebé.

521 P: Él es alérgico, si que yo tengo que cuidarlo.

522 MODERADORA: bueno voy acá, nuestra compañera escribió todas las cosas que salían  
523 en los Papelógrafos. Las voy a leer rápido para ver si estamos bien, o ustedes me pueden  
524 decir cosas si faltó algo.

525 *(Se enumeran las cosas escritas en los Papelógrafos)*

526 MODERADORA: ¿Faltó algo ahí?

527 *(Se sigue con la segunda pregunta)*

528 MODERADORA:... y la abuela materna era la que daba más, ¿y la abuela paterna  
529 también da... igual que la abuela materna, o la abuela materna es más significativa, a  
530 veces?

531 Todas: ...la materna...

532 A: lo que pasa es que la materna es como la que siempre se ve, uno le pregunta a su  
533 mamá, no le vai a preguntar a la suegra... en caso que uno tenga una duda uno siempre  
534 le pregunta a la mamá, mamá si esto le puede hacer mal al niño, no le vai a ir a preguntar  
535 a la suegra.

536 MODERADORA: ¿Y a las demás les pasa lo mismo?

537 He: yo no le pregunto nada a mi suegra *(risas de todas)*. Nooo, y tampoco a mi mamá,  
538 porque mi mamá es enfermita, no le puedo preguntar nada. Yo no más, yo y mi marido.

539 MODERADORA: Entonces el papá también es importante...

540 Todas: claro...

541 MODERADORA: ¿Y en el otro grupo? En el otro grupo me habían dicho también la  
542 pediatra, y lo mismo, ustedes mismas son las que mas importan, y en tu caso tu cuñada.

543 *(Sigue con los Papelógrafos de la tercera pregunta)*

544 MODERADORA: ...Y que habían unos extras, que la principal de los extras eran galletas  
545 ¿las galletas son principalmente galletas de champaña o hay otro...?

546 Todas: *(al unísono)* No, de champaña.

547 Ho: ella de oblea.

548 Todas: las de champaña son para bebé.

549 MODERADORA: ¿Y las galletas de champaña, la nutricionista les dice...?

550 Todas: No.

551 ... es como un mito...

552 Es como un mito de familia de años

553 Es que así los niños no se ahogan

554 Se derriten en la boca

555 MODERADORA: pero tienen harta azúcar las galletas de champaña

556 Pero es un extra no más

557 Ho: a ella no le gustan por eso. Por la azúcar que tiene por la orilla, por eso, me la bota.

558 La galleta oblea o de otra clase de galleta sí...

559 MODERADORA: ¿como las Nik? (marca de conocidas galletas de oblea y vainilla en

560 Chile)

561 Ho. Claro

562 P: Esas oblea son para cuando tienen dientes... porque tiene que mascar

563 A: Claro las otras entonces como se deshacen... no importa si tienen o no ya los dientes

564 P: Sí

565 A: no, yo a mi hijo le compro sin azúcar, o sea son dulces pero vienen sin azúcar afuera,

566 son de esas que venden como (no se entiende, esta acompañado de gesto de paquete

567 grande), muy gigante, son sin azúcar vienen sin azúcar por fuera, sin el relleno de azúcar

568 de esas que venden en el super, son iguales. A veces les compro con azúcar cuando

569 ando por el supermercado y ando por ahí, entonces le compro con azúcar, igual come de

570 todo entonces no importa con o sin azúcar igual come.

571 MODERADORA: Y quedamos entonces en que era importante el tema cuando los niños  
572 estaban enfermos, eso lo dijeron y lo plantearon bien como que ahí las señales tienen  
573 mucho que ver con los niños ¿cierto?

574 ...Sí...

575 MODERADORA: Y por ultimo, la ultima cosa que habían ustedes puesto era que...

576 A: que cuando uno comía, que a veces les daba.

577 MODERADORA: ...Qué cuando comían ustedes, les gustaba dar para que no les...  
578 *(risas)*

579 A: para que no se les hiciera agua la boca *(el resto de las madres afirman)*. También  
580 quedan como con ganas. De repente uno va caminando y ve que alguien comiendo papas  
581 fritas, te quedai con las ganas de comer papas fritas, entonces me da la impresión que a  
582 ellos también les pasa *(afirmaciones de las otras mamás)*, que se quedan con ganas.

583 P: son chiquititos, no hablan pero con las señales *(risas y afirmaciones de las otras*  
584 *madres. No se entiende bien lo que mencionan)*

585 MODERADORA: Ya. Entonces, yo quería agradecerles por haber participado con  
586 nosotras, y las voy a invitar a tomarnos un cafecito para relajarnos.

Anexo 4.

**Tabla de codificación primer focus group**

DOMNIO	CATEGORÍAS	CITAS
<p><b>D1: Concepciones respecto a la relación entre salud y alimentación.</b> Las concepciones que las madres tienen del estado de salud y enfermedad están íntimamente relacionadas con sus elecciones y prácticas de alimentación cotidianas.</p> <p>De esta manera, existirían dos polos que representan dichas concepciones:</p> <p>El polo legítimo, donde se concibe la salud y enfermedad como un continuo, y por ende la salud se considera como algo que debe cuidarse constantemente para mantenerse. Por lo tanto, las elecciones y prácticas cotidianas de alimentación están fuertemente condicionadas por su relación con la salud.</p>	<p><b>C1: Alimentar basándose en información que consideran válida</b></p> <p>Toda alusión a la adquisición de conocimiento respecto a la alimentación infantil, proveniente de una fuente que la madre valida como autoridad en la materia y que utiliza como referencia al momento de alimentar a su hijo</p>	<p>A: A mi me dijeron que eso era después del año, todo lo flatulento, ni cebolla, nada de aliño. No se po, eso, yo como iba a charlas y cursos del consultorio, porque me gustaba enterarme de las enfermedades, de que podía tener y esas cosas, entonces por eso me aprendí toda la dieta que un niño debe tener. Entonces después del año y medio recién podía comer todo lo que era legumbres, porque es muy, le hace mal para la guatita, porque se llenan de gases.</p>
		<p>A: Sí, igual mi mamá me lo decía, pero yo le hacía caso a lo que me decían ahí poh (refiriéndose a las charlas)</p>
		<p>Ho: Y la otra la segunda, opinión de quienes considero al alimentar a mi hijo. A veces me llevo por lo que me dice mi cuñada o por lo que me dicen en el, el nutricionista, que ahora seguramente va a tocar en el año con ella (indica a hija).</p>
		<p>A: azúcar no porque, por el peso, la sal no te hace subir de peso y como mi hijo es gordo entonces no tengo que darle, azúcar no le doy por la leche</p>
		<p>MODERADORA: Y la segunda pregunta ¿las opiniones de quienes considero para alimentar a mi hijo o hija? A: en primer lugar del nutricionista, o sea, en cuanto a los alimentos que el niño tiene que comer, el nutricionista, si tiene que comer papas, eso. Y: que le dé con respecto a la edad y si está en el peso, según las escalas que ellos tienen para ver las mediciones del niño, eso es importante.</p>
		<p>A: la segunda opinión nosotras, que es lo segundo que nosotros decidimos que darle, primero lo que dice el nutricionista, ve por dieta o como por conocimiento, ellos saben, y después (mirando a Y) A y Y: nosotras</p>
	<p>A: Sí, yo iba a uno con una nutricionista que parece que también estaba haciendo práctica, porque era muy jovencita, y ahí nos hablaba de alimentación.</p>	
<p><b>C2: Medidas Drásticas en caso de enfermedad o sobrepeso.</b> Toda referencia que da cuenta de medidas o cuidados respecto</p>	<p>P: No yo con eso tengo que tener más cuidado, porque es super alérgico yo tuve un super mal embarazo... y el al mes le dio urticaria por comer, y tuve que partir corriendo con él al hospital por el tema de la leche, así que ahora no puedo comer nada que fuese darle alergia, porque todavía le estoy dando leche, y él es súper alérgico, súper delicado de piel, entonces tengo que tener cuidado en darle...</p>	

El polo tradicional, que concibe a la salud y la enfermedad como estados opuestos. Por lo tanto, la salud se consideraría como algo dado, un estado en el que se puede permanecer tranquilo sin hacer nada para mantenerla. Al contrario, la enfermedad sería como una especie de accidente, que no depende necesariamente de algo que la persona haya hecho, aquí la alimentación sólo se cuidaría en caso de enfermedad.

a la alimentación del hijo o hija para generar cambios en casos de enfermedad o sobrepeso.

A: Y bueno yo a mi hijo lo tengo que controlar hartito porque es gordo gordo. Lo que pasa es que mi hijo subió de peso, hasta los 6 meses yo le di leche, porque subió, pesaba mucho y media 75 centímetros, era demasiado gordo para su edad, era mucho, estaba como en 5 kilos de sobrepeso y tomaba nada más que pecho y agua, entonces le quité el pecho, para poder tenerlo más regulado, porque como era pura leche materna, ahí no se puede controlar, es a libre demanda como se dice, entonces empecé a quitarle la leche para poder racionarle y poder darle con medidor. Ahora se toma la leche a las 7, a las 12 almuerzo, a las 4 se toma otra leche, cena a las 7 y se toma la última leche como a las 11, y ahí hasta el otro día. Y no puede comer mucho, frutas solamente

P: azúcar no porque, por el peso, la sal no te hace subir de peso y como mi hijo es gordo entonces no tengo que darle, azúcar no le doy por la leche

MODERADORA: o sea, hay diferencias cuando el niño está cansado qué cuando el niño está enfermo

Todas: asienten

Y: si, hay diferencias

Y: hay hartas diferencias

Y y A: no come

A: por ejemplo mi hijo sufre de bronquitis, como casi crónico, estuvo la otra vez, en marzo, se enfermó, estuvo dos meses con bronquitis, y ahí qué le pasaba, que se congestionaba, y como al tragar, no respiraba porque no saben respirar por la nariz, o sea no saben respirar (gesto alusivo a aire que sale de la nariz) respiran por la boca porque la nariz se inflama. O sea pasaba que cuando masticaba se ahogaba, entonces no quería comer, y me hacía así con la comida (gesto de aleteo con la mano, como alejando la comida), pero se moría de hambre, entonces también, para tomarse la leche era súper es diferente cuando estaba enfermo

P: de repente es bueno que... probar de todo, que prueben de todo. Porque así no se enferman tanto; porque uno de repente los cuida tan delicados que más se enferman.

...es verdad eso...

A: También es para saber lo de las alergias, es importante, porque por ejemplo te dicen que el pescado es después de los ocho meses, entonces pasa que tu le dai a los ocho meses y el niño resulta que es alérgico y tu nunca supiste que es alérgico, entonces si uno está comiendo, no sé po, sopa de pescado o algo con pescado, les dai un poquitito, si al niño obviamente no le vai a dar una comida entera con pescado porque el niño se te va a enfermar. Entonces también por ejemplo, mi hijo siempre de chiquitito le daba todo, mermelada con el dedo, "toma mermelada", leche condensada, palta, todo de poquito. Una vez le di jugo de tomate y se lo unté, y se le manchó entera la boca, "no le voy a dar más tomate" ahora si le doy tomate no le pasa nada, pero cuando era chiquitito le enronchó todo, entonces

		<p>también yo me asuste, se una vez estaba comiendo y me sacó el pan y se lo metió a la boca y ahí cache que ya no era alérgico. Ahí uno también cacha cuando los niños son alérgicos o les duele la guatita, no mejor no, porque esto le hizo mal alguna vez. Entonces también darles de probar de todo en poca cantidad, porque si no después le puede enfermar, ni nada</p>
	<p><b>C3: Alimentación para mantener la salud del hijo.</b>          Todo aquello que la madre considera como alimento que influye positivamente en la mantención del estado de salud del hijo o hija.</p>	<p>P: Aparte yo tengo que andar preocupada de lo que le dan, porque la otra vez mi sobrina le dio una probadita de chocolate y en la noche estaba insoportable, estaba así, tenía la cara... entonces tengo que andar así como controlando lo que le dan.          A: claro es que a lo mejor las otras personas no se dan tanta cuenta como una, una que está ahí, que sabe que al niño le dan alergia las comidas, entonces una los cuida caleta pa que el niño no coma nada, que no le vaya a dar alergia, y después van y ene gente que en realidad no están después cuando el niño se rasca todo, entonces obviamente... bueno, yo por suerte no tuve problemas de alergia con mi bebé.          P: Él es alérgico, si que yo tengo que cuidarlo.          A: Tengo una hermana que tiene 18 que cuando era guagua, a los 6 meses se enfermó y no comió más. Mi mamá tenía que darle la comida con jeringa, tenía que dársela muy líquida, se la echaba con harta agua, la única forma de que comiera, y leche en mamadera tampoco podía. Y mi mamá cuando estaba esperándome a mí y seguía dándole así, tenía problemas de bajo peso, por lo mismo, porque... y como se enfermaba y no comía.</p> <p>Y: aceite de canola          P: para la digestión          Y: Aceite de canola o extra virgen, de oliva también</p> <p>A: Se toma tres, cuatro mamaderas de pura agua... es super buena, tiene su piel limpiecita... entonces también harta agua, y también un juguito de fruta, y de...          verdura: de betarraga, zanahoria ("Y" también repite y asiente sobre estas verduras). Yo le daba jugo de zanahoria cuando tenía tres meses, le hacía jugo de zanahoria porque decían que era super buena, por las vitaminas, y toda la cosa. Y mi hijo se puso con las manos igual que un zapallo. Tenía las manos amarillas</p>

		<p>Daban ganas de comérselo. En serio parecía un zapallito, así que no pude seguir dándole. Ahora le doy con las comidas no más.</p>
		<p>P: lo más importante nosotras creemos que son la leche materna y las cosas que son naturales, las vitaminas, lo que sirve para el crecimiento de nuestro hijo, lo que es natural. Ho: Lo que pasa es que contengan vitaminas mas que nada, naturales, porque yo al menos a ella (indicando hija), no le doy cosas con grasas, porque las grasas derivan a que el hijo sea mas gordito y empiecen a enfermarse, entonces a ella yo trato cuando me lleva la comida y me la recibe, sin grasas, mas que nada cosas naturales, o sea por ejemplo verduras, todo eso.</p>
		<p>A: Y el agua y los jugos de frutas y naturales son super importante para los niños, para que se hidraten y tengan buena digestión.</p>
	<p><b>C4: Alimentar según lo que consideran adecuado</b> Toda referencia de la madre respecto a como debería ser una alimentación adecuada, en base a un criterio de lo saludable y no saludable, independiente de si lo aplican o no en sus prácticas de alimentación cotidiana.</p>	<p>"He: Es lo más importante eso, dar la leche" He: y después viene la comida, lo más importante, las frutas, los alimentos Y: No, mis dos niños son buenos para comer, se toman su papa a la hora, el almuerzo, después les doy jugo de fruta natural, y en la tarde toman su papa a las 4 y después a las 8 la cena y comen frutas, manzanas, plátanos... y la comida va variando, pescadito o sino con pollo o sino con puras verduritas y porotos todavía no puedo darles porque es muy pesado.</p>
		<p>A: La cebolla, ni coliflor, ni betarraga... ah no, aunque la betarraga sí puede, cuando pueden, es lo primero que puede comer, y bueno, zanahoria, zapallo, espinaca, acelga.</p>
		<p>A: pero las comidas deben ser verduras y en la tarde tiene que se pollo y nada más poh, bueno frutas, pero nada de golosinas.</p>
		<p>P: Esa es importante darles las comidas a la hora, porque se acostumbran a darles en un horario. Eh para dormir, para comer. En la mañana se toma por ejemplo la leche o pecho, después el almuerzo,</p>
		<p>P: Claro, en la mañana, en la hora de almuerzo, en la tarde y la cena.</p>
		<p>A: la leche de la mama la más importante...Las frutas y verduras las carnes, el pollo y el pescado. Es importante mantenerlos limpios, que sean frescas las verduras y el lugar donde se cocinen que este limpiecito, que no vaya a tener ningún bicho que se le pueda pegar en la guatita del niñito. Eh también que las comidas estén a la temperatura adecuada, osea hay que enfriarlas bien para que no se vayan a quemar y que no este frío porque les puede caer mal.</p>

		<p>A: la porción de acuerdo a la edad y el peso. Es importante, porque mientras mas chiquititos son y cuando empiezan recién a comer, media taza (indica con las manos), después ya es tres cuartos de la taza, después la taza entera y después esos platitos de bebés, esos cositos chicos (indica con las manos).</p>
		<p>A: que la sal y como ahora vivo con ella (refiriendose a la suegra), como ve al niño y que no le eche sal a las comidas y ella a veces le echa sin sal, porque dice que la sal es dañina, que causa enfermedades, no se que otras cosas.</p>
		<p>Y: por ejemplo si el niño está enfermo uno no va a ir a darle comida si no quiere, o sea si está enfermito bastante líquido, según. Entonces uno tiene que ir viendo como está el niño y todo, o sea si está normal, si el niño está bien te va a recibir la comida todo bien, pero si el niño está enfermo va a querer más agüita, no sé, más juguito y la papa la va a rechazar, el alimento</p>
		<p>A: claro, yo veo qué otra cosa puede comer el niño para que no esté tampoco sin comer por ejemplo el día completo Y: claro, claro, darle cosas más livianitas</p>
		<p>Y: por ejemplo si están enfermitos de la guatita no darle comida, sino la papa no más, suavcita A: menos leche</p>
		<p>A: Ella, ella es He, y su bebe M. toma cuatro leches, ella tiene 8 meses, toma cuatro leches, un postre, una comida y un jugo de frutas. A las 9 de la mañana, a las 4 de la tarde, a las 8 y a las 10 de la noche. A las 12 del día almuerza, y con el postre también a las 12 y el jugo también a esa hora. Es el almuerzo y después el jugo. La Y, y sus dos bebés F y L. 3 leches, dos comidas, un postre y jugo de frutas, a las 7 de la mañana, a las cuatro de la tarde y a las once de la noche. Las comidas a las 12 del día y a las 7 de la tarde la cena. Y el postre a las 12 junto a la comida, a las 12 y el jugo también con el postre si tiene sed, en todo caso también le da agua...</p>
		<p>A: se toma tres leches, igual que la F y el L, dos comidas, el postre y mucha agua, toma muchísima agua.</p>
		<p>A: En caso que cuando los niños están enfermos no se le obliga a comer</p>

DOMNIO	CATEGORÍAS	CITAS
<p><b>D2: Concepciones respecto a la privación de alimentos</b>  La dificultad que tienen las madres respecto de privar en cantidad y tipos de alimentos a sus hijos, obedece a un componente emocional, al considerar esta privación como una acción injusta hacia ellos.</p> <p>Por esta razón es que incurren en prácticas tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proporcionar alimentos no adecuados a su nivel de desarrollo.</li> <li>2) Alimentar a los hijos según preferencias maternas.</li> <li>3) No privar alimentos ya presentados en la dieta.</li> </ol>	<p><b>C1: Preferencias maternas como norma alimenticia</b>  Toda referencia que da cuenta de que las madres se orientan según sus propias preferencias al momento de alimentar a sus hijos.</p>	<p>Y: Y, igual que en esa parte (indica) la nutricionista a mi me dijo que nada de en la comida, nada de sal y nada de azúcar, pero yo igual le echo. (Interrumpen)  A: No yo le echo.  Y: Igual le doy aunque sea un poquito, no le echo, no dejo salá la comida no. Le echo un poquitito solamente, igual que a las papas, igual le echo un poquitito y eso ellos lo ven, ellos lo notan porque reclaman si no tienen el poquito, la pizquita con azúcar, un poquito si, pero a mi me dijeron que nada de azúcar y nada de sal a los niños. Y: Yo creo que es porque la costumbre, claro, no sé si estaré haciéndolo mal, pero yo le echo un poquitito de sal.  MODERADORA: Y por que deciden ustedes si dar el azúcar y si dar la sal?  A: Es mas rica, es mas rico (risas de mamás)</p> <hr/> <p>Y: Que sea en el tiempo, en exceso, obvio.  A: Obvio que en exceso no, no le voy a dar un kilo de sal a la comida del niño, pero yo le echo igual a la comida, porqué, porque yo le empecé a dar la comida al niño y yo se la empecé a dar sin sal, y ella me dice (refiriéndose a la nutricionista de consultorio): “no si el niño no sabe de sabores”, y el niño sabe de sabores, si tiene gusto po’, como no va a saber de sabores, entonces yo le echo igual sal y azúcar nada,</p> <hr/> <p>A: la leche igual como que tiene un gustito rico, entonces, pero como la comida es desabrida y eh... a mi no me gustaría comer comida sin sal, entonces yo le doy a mi hijo con sal, no se la dejo ni salada pero también desabrida la encuentro súper mala, así es que yo le echo a la comida.  MODERADORA: ¿Y a las demás qué les pasa con eso?  Ho: Si, yo también le doy comida con sal  P: si  A: es más sabrosa</p> <hr/> <p>MODERADORA: Y ustedes ¿por qué cosas se guían para decidir eso? (Refiriéndose a dar alimentos extras)  A: yo creo que por el gusto de una misma, por ejemplo yo</p>

		<p>A: que puede comer el niño (como preguntándose a sí misma), que comería yo si estuviera enferma, pero si fuera más chiquitito</p> <p>Todas: risas</p> <p>A: yo digo, si fuera chiquitito</p> <p>He: cosas más ricas</p> <p>A: claro, cosas más ricas, que te regalonen más</p> <p>He: jaleita</p>
		<p>Y: o sino entonces les doy el juguito en la tarde, cuando comen la comida, porque la comida esta muy espesa, y no les gusta tan espesa, ahí les doy el juguito.</p>
		<p>A: Y cuando le dan mucha comida, o les damos otras cositas cuando nosotras comemos, decíamos que cuando... yo no puedo ver que mi hijo este al lado mientras yo como, estamos tomando once y yo lo siento en la sillita, porque no lo voy a dejar adentro solo jugando.</p>
		<p>He: porque a los niños les gusta, y a nosotros también nos gusta</p> <p>Todas: risas, y miradas entre ellas</p> <p>A: claro, por ejemplo si a uno le gusta una galleta yo digo: esta galleta es súper rica, le voy a dar un poquito</p>
	<p><b>C2: Alimentos no adecuados al nivel de desarrollo del hijo</b>          Toda referencia de las madres respecto a la introducción de alimentos que no corresponde a la dieta recomendada por los especialistas del área de nutrición.</p>	<p>Ho: Sí, o a veces le doy comida, por ejemplo galletas, ella la come. Pero si le doy otras comidas es bien poquito lo que come.</p> <p>A: las galletitas de champagne, porque es sumamente bueno para las golosinas,</p> <p>P: eh nada extra, osea de repente una galletita o algo pero nada así como muy pesado.</p> <p>Ho: Porque el nutricionista me había dicho que no había que ponerle sal a las comidas pero yo igual le eché un poquitito</p> <p>A: pero por ejemplo, lo que decidimos nosotras, eh lo otro es en el momento y por ejemplo cosas extras que darle, por ejemplo de repente darle no sé po', un pedazo de pan no le va a hacer mal al niño, no se va a morir el niño dándole un pedazo de pan, pero el nutricionista dice no, el pan no, que lo engorda al niño, entonces eso.</p>

		<p>A: entonces, claro, lo siento al lado mío y me mira, y no puedo com... yo no puedo comer si mi hijo está mirando, entonces le doy ahí una galletita, y de repente cuando no hay galletas de champagne, porque se disuelven, entonces no son tan... no tienen tanto ni chocolate, ni vainilla, ni crema, dicen que son buenas para las guagüitas, se deshacen, se ablandecen</p>
		<p>A: Eso yo creo que sí pasa, te da como pena que te esté mirando (otra mamá)- que te está mirando, y yo , una esta comiendo el pan con palta, y te está mirando así, que comió... puras verduras (ríe), no ahí una galleta, cuando no hay galletas pancito. P: o untarle algo... mermelada ... queque.</p>
		<p>He: Después a la una, a la una le doy una galleta, o pan, pan de ese batido, o sino le doy juguito pa la sed.</p>
		<p>P: entonces de repente le paso su galletita, o algo.</p>
		<p>Ho: a ella no le gustan por eso. Por la azúcar que tiene por la orilla, por eso, me la bota. La galleta oblea o de otra clase de galleta sí... MODERADORA: como las Nik? Ho. Claro P: Esas oblea son para cuando tienen dientes... porque tiene que mascar A: Claro las otras entonces como se deshacen... no importa si tienen o no ya los dientes (P: "sí") A: no, yo a mi hijo le compro sin azúcar, o sea son dulces pero vienen sin azúcar afuera, son de esas que venden como (no se entiende, esta acompañado de gesto de paquete grande), muy gigante, son sin azúcar vienen sin azúcar por fuera, sin el relleno de azúcar de esas que venden en el super, son iguales. A veces les compro con azúcar cuando ando por el supermercado y ando por ahí, entonces le compro con azúcar, igual come de todo entonces no importa con o sin azúcar igual come.</p>
		<p>A: o en los cumpleaños, algo así, no podís (no darle), la torta... un pedazo de cualquier cosa, de queque... nosotras no por favor...</p>
		<p><b>C3: Dar alimentos que comen otros niños de la misma edad.</b> Toda referencia de las</p>

	<p>madres respecto de la introducción de ciertos alimentos, para no privarlo de lo que comen otros niños de su edad.</p>	<p>TODAS: No, de champaña.  Ho: ella de oblea.  TODAS: las de champaña son para bebé.  MODERADORA: ¿Y las galletas de champaña, la nutricionista les dice...?  TODAS: No... es como un mito... Es como un mito de familia de años ... Es que así los niños no se ahogan ... Se derriten en la boca.  MODERADORA: pero tienen harta azúcar las galletas de champaña  TODAS: Pero es un extra no más</p>
--	--	--

DOMNIO	CATEGORÍAS	CITAS
<p><b>D3: Concepciones sobre conductas y señales en torno a la alimentación.</b>  Las respuestas de las madres respecto a las conductas de sus hijos a la hora de alimentarlos, se basan en las concepciones y autoexplicaciones que ellas han generado respecto a las señales que tales conductas connotan.</p> <p>Las principales respuestas de las madres se pueden integrar dentro de tres clases:</p> <p>1. Interpretación de ciertas conductas como señales de hambre, tales como el llanto e inclinaciones hacia la comida que se encuentra cerca.</p> <p>2. Ignorar señales de saciedad del bebé, preocupándose más de otros aspectos que envuelven la situación de</p>	<p><b>C1: Interpretación de conductas como señal de hambre.</b>  Toda referencia que da cuenta de que las madres explican ciertas conductas de sus hijos como señales de hambre o insatisfacción.</p>	<p>Y: Claro porque si la guagüita le da pecho y queda con hambre y sigue llorando (interrupción)  P: Es por algo. (Asienten mamás)  Y: No quedan bien, no quedan bien con la leche, entonces ahí habría que darle.  P: Y si no tiene ninguna enfermedad, si no está afiebrado, no le molestan los dientes. Esas cosas.</p> <p>A: aparte es verdad eso que dicen que el llanto son diferentes. Cuando lloran de hambre es diferente, tú cachai que no es que les duela algo, porque no se toca nada él, nada. Osea, como que jlloran tengo hambre!  P: Osea uno sabe, sabe mas o menos cuando ellos lloran. Por ser de maña. (Interrupción)  A: Claro, si están aburridos. (Interrupción)  P: O porque tienen hambre. (Interrupción)  A: Tienen sueño (mamas asienten)  P: Si está leseando (mamás asienten)</p> <p>Y: si tienen mas sed, el niño cuando empiezan (hace chasquido con la lengua) yo le doy aguita cocida, puedo darle.</p> <p>P: sí, porque a la edad de ellos están como probando todo lo que... todo lo que... está alrededor de él.</p> <p>A: a veces no es que te pidan pero si me está mirando así como yo me como un pedazo de pan, No lo puedo mirar así, dejar que me mire, no puedo</p>

<p>comida.</p> <p>3. Considerar la alimentación como estrategia de autorregulación, para controlar la irritabilidad o mantener a los niños contentos y tranquilos.</p>		<p>He: Después a ella le toca a las 4 la papa, y a las 6 nosotros tomamos once, y ella mira todo y le doy no sé po, un vasito de té, se le da...</p> <p>MODERADORA: y tu P, también?</p> <p>P: Él se despierta justo cuando uno se va a sentar... como que (hace gesto de oler) el olor</p>
	<p><b>C2: Intersubjetividad madre bebe y experiencia a la hora de interpretar señales.</b></p> <p>Toda referencia que da cuenta de la interpretación que hacen las madres sobre la conducta de sus hijos en el ámbito de la alimentación, basándose en el instinto materno y/o la experiencia adquirida en el cuidado infantil.</p>	<p>P: A una misma también como ha tenido otros hijos, tiene mas experiencia</p> <p>P: Porque yo ahí como que uno sabe, uno presente lo que les pasa a ellos.</p> <p>MODERADORA: ¿Y eso tiene que ver con la experiencia o tiene que ver con otras cosas, además?</p> <p>P: yo creo que con la experiencia</p> <p>A: instinto de mama</p> <p>Y: Claro, como que automáticamente te enseña a uno.</p> <p>P: Sí (mamás asienten).</p> <p>P: O sea uno sabe, sabe más o menos cuando ellos lloran. Por ser, de maña ...</p> <p>He: El sexto sentido que tienen las mamás. (Sonrisas)</p> <p>P: O sea, a mí me pasa</p> <p>MODERADORA: ¿y siempre les pasa o a veces?</p> <p>A: Yo creo que no, osea a mí al principio cuando yo tuve a mi hijo, los primeros meses me costaba caleta cchar que quería.</p> <p>P: no y aparte que yo soy, eh, como se llama. Mi mamá murió muy, cómo es, osea yo tenia 10 años cuando mi mama falleció y nosotros somos 8 hermanos, entonces tuvimos que como adaptarnos a trabajar, a cuidarnos. Yo tenía que cuidar a mis sobrinas que eran de mis hijas, osea de mis hermanas que eran chicas. Ellos tenían que trabajar como yo era la mas chica entonce teníamos que cuidarlas a ellas.</p> <p>Y: Varias años de experiencia por todo lo, por los hermanos. (A asiente).</p> <p>P: Yo creo que por eso</p>

		<p>MODERADORA:Y ¿prestan atención a otras personas u a otras opiniones cuando el niño está enfermo que cuando está sano? ¿o sigue siendo la misma jerarquía?</p> <p>Y: no po' ahí uno ve porque no está la nutricionista ya con uno</p> <p>A: claro</p> <p>Y:uno está en la casa y sabe que el niño si el niño está enfermo uno se da cuenta, que el mismo niño tu le pones la papa y no la va a querer, y va a llorar se va a sentir mal.</p>
		<p>Y: el mismo niño le va enseñando a una</p>
	<p><b>C3: Primacía en cantidad por sobre señales de autorregulación del hijo.</b> Toda referencia que da cuenta de cómo las madres se aseguran que sus hijos obtengan los nutrientes necesarios en cada comida, incurriendo en prácticas de sobrealimentación, no considerando la capacidad de autorregulación del niño al alimentarse.</p>	<p>P: yo a él (indica a hijo) le dí relleno, porque no estaba como muy segura si alimentaba la leche, porque no lo encontraba así como que subiera de peso y era verdad uno presente lo que les pasa a ellos... entonces como que ya sabía que tenía que darle relleno y eso.</p> <p>A: después la leche purita, la leche con Nestum (asienten mamas). De manera que sea más contundente</p>
	<p><b>C4: Alimentación como estrategia de regulación conductual.</b> Toda referencia que da cuenta de como las madres utilizan en ocasiones la alimentación, o su interrupción, para obtener conductas deseables de sus hijos, o evitar las indeseables.</p>	<p>A: el dulce los activa.</p> <p>TODAS: Claro (ríndose)</p> <p>A:de repente en las noches, yo no le doy nada que tenga azúcar, sino (gesto con los ojos muy abiertos, aludiendo a que quedan activados)</p> <p>P: yo tengo un sobrino que tiene 10 años, pero es súper hiperactivo y en la noche no nada de dulce, nada de azúcar, nada, sino no duerme nada y se queda pa' allá pa' acá</p> <p>A: como nervioso</p>

## Anexo 5.

### Guión Entrevista

#### 1. Intersubjetividad, experiencia personal y otras fuentes

- Cuénteme como aprendió a alimentar a su bebé, ¿quien le enseñó, qué cosas no sabía, qué le fue más difícil aprender?
- Hábleme de su experiencia, en su familia. ¿Hay algo en la forma de alimentar a los bebés que usted identifique que se mantenga hasta hoy? ¿Hay costumbres distintas? (*Preguntar luego por la familia de la pareja, esposo u otros*).
- ¿Cuáles serían las razones por las cuales una madre debiera preocuparse por la alimentación de un bebé a esta edad?

#### 2. Valoración discurso médico

- ¿Qué sabe usted del por qué la alimentación de los niños como su bebé ha pasado a ser un tema de atención en consultorios y otros centros de salud?
- De los encuentros que ha tenido con la nutricionista, el pediatra o enfermera y que se han referido a la alimentación de su bebé, ¿qué le ha llamado la atención?, ¿le ha parecido importante esta instancia? ¿Esto le fue de utilidad en algún sentido?

#### 3. Continuo entre modelo médico y tradicional

- ¿Le ha pasado alguna vez que lo que le dicen en el consultorio no calza con lo que usted cree, piensa o hace respecto a la alimentación de su bebé?, ¿qué hace en estos casos?
- ¿Cómo describiría usted a un niño sano? ¿y a un niño enfermo?
- ¿Cómo imagina Ud. que son los niños que llevan una dieta basada exclusivamente en lo que proponen en el consultorio? / ¿Cómo se imagina que serían en el futuro?
- ¿Qué otras formas de alimentar a niños de esta edad Ud. conoce, que sean distintas a las suyas? (*¿Qué le parecen estas formas? ¿Hay alguna razón por la cuál usted no lleve a cabo estas prácticas?*)

#### 4. Hipótesis: señales y privación.

- Aunque algunas mamás se preocupan de la alimentación adecuada de sus bebés, y tienen claras las instrucciones de la guía nutricional o lo que los profesionales le han recomendado, de todas maneras, a veces es más o menos difícil mantenerse en esta línea; ¿Por qué, cuándo es más fácil, cuándo es más difícil?

*(Si no aparecen espontáneamente los ejemplos del llanto y la onces, se introducen)*

- Una mamá tiene que decidir siempre hasta cuándo o a cuánto se tiene que alimentar a su hijo, y a veces se insiste en darles más comida y otras simplemente se les permite dejar algo de comida. Cómo es su experiencia con esta situación. (hipótesis que deberían surgir apuntan a la regulación interna o externa)
- ¿En qué cosas se fija o considera para dar o no dar a sus hijos, ciertos alimentos? ¿En que momentos le pasa esto?

## Anexo 6.

### Entrevistas

#### Entrevista 1

- 1 ENTREVISTADORA: ¿Cómo fue que usted aprendió a alimentar a su bebé?
- 2 M: Al principio tomaba leche, pecho no más, luego le empezaron a dar relleno en el  
3 hospital, se tomaba el pecho y el relleno y otra mama me daba otro poco de leche y se lo  
4 daba y se lo tomaba todo. Después pasó, y el periodo que yo me vine a la casa y me  
5 bajaba súper poca leche, porque no era el tiempo todavía, porque costaba que me bajara.  
6 Se supone que a uno le sale después y le empecé a dar alimento artificial. Se tomaba un  
7 poco de esa leche y pecho, pero hasta el día de hoy todavía toma pecho, le ha costado  
8 mucho dejarlo alejarlo. Porque la doctora que lo ve y me dice que él es un niño  
9 demasiado regalón, porque mi hija tiene 19, esta mi mamá, estoy yo. Entonces está como  
10 demasiado mimado, a estas altura él ya no debería tomar pecho, ya no le alimenta.  
11 Entonces ha costado mucho, mucho, mucho y ahora debo hacerlo porque lo van a operar,  
12 entonces va a sufrir por dos cosas, por la operación más el desapego mío que va a ser  
13 difícil, ha sido complicado, a parte que es un niño que tiene un año pero ya tiene un  
14 carácter súper definido, me ha costado ponerle las reglas.
- 15 ENTREVISTADORA: Y, ¿en este tema o de los alimentos complementarios los decidiste  
16 tú o ...?
- 17 M: no, se lo fui preguntando a la enfermera del consultorio. Porque a lo que yo iba, por  
18 ejemplo él, yo sabía que no me bajaba mucho, entonces yo pensaba que quedaba con  
19 hambre. Entonces ella misma me fue dando de a poca cantidad de leche, después me  
20 dijo empiézale a ponerle sabores, para que fuera y así por ejemplo él se toma, se puede  
21 tomar tres leches todos los días con mi marido y a veces no toma más, hay que darle mi  
22 mamadera en la boca.
- 23 ENTREVISTADORA: dice lo mismo
- 24 M: claro, he comprado, he gastado en mamadera, he gastado en alimentos caros que le  
25 hemos comprado, pero él, él las selecciona, por ejemplo hace poco le empezaron a salir  
26 los dientes y no tomo más leche, puro pecho y le daba flan, le complementaba con flanes,  
27 así que le daba un flan en la mañana, en la tarde prueba de nuevo o arroz con leche, cosa  
28 de que él fuera suplementando la leche.
- 29 ENTREVISTADORA: Claro, y desde la familia me dijiste que estaban tu hija, ¿tu mamá  
30 también se metía a veces en regalonearlo?
- 31 M: Sí, se metían.
- 32 ENTREVISTADORA: ¿ellas también influyen en como alimentas a tu hijo?
- 33 M: no tanto, yo por ejemplo, a él la comida, toma la leche como a las 8, a las 8 toma su  
34 leche, él a las 12 a 12 y media almuerzo, que es común, porque le doy carne, pollo, le  
35 doy variado, pescado y ahora que ya cumplió el año la doctora me dijo que fuera, por

36 ejemplo, cociendo un plato con fideos, o le fuera...come betarraga, tomate, le pongo  
37 varias cosas, cosa que él vaya picando y vaya sacando sabores. Eso, digamos que en el  
38 sentido que él no es mañoso, lo que yo le ponía se lo come, o si no le gusta lo bota.

39 ENTREVISTADORA: y ahí te das cuenta...

40 M: sí, .... dejo que él coma pan, lo que le agrada lo menos posible, papas fritas, esas  
41 cosas no, esas cosas no se le dan, no dejo que los chiquillos le den.

42 ENTREVISTADORA: pero hay veces que de repente le dan, o no?

43 M: lo único que come él, le doy yo, esos de chocolate, una vez de vez en cuando le doy  
44 una, pero trato de que, cuando ellas compran pa' comer ellas, no las vea y no, no come  
45 cosas, y frituras tampoco.

46 ENTREVISTADORA: y ¿En qué cosas te fijas para decidir que alimentos no darles?

47 M: en que cosas... En el sentido de que por ejemplo, me costo un montón darle huevos

48 ENTREVISTADORA: ya

49 M: porque podía caerle mal o le podía dar alergia. Por ejemplo el otro día, ayer, el viernes  
50 comió pescado y al otro día amaneció enronchado entero, tuvo una reacción alérgica con  
51 el pescado, entonces, cosas así que me dan miedo que le puedan caer mal, por ejemplo  
52 yo ya sé que las lentejas no le gustan.

53 ENTREVISTADORA: ya

54 M: por ejemplo yo le doy lentejas, se las come, pero las devuelve, ya él como que  
55 selecciona bastante cosas que le gusten y lo que no, lo que si le gusta mucho es la bebida.

56 Entrevistadora: ¿sí?

57 M: es súper bueno pa' la bebida, la bebida que sea fanta, coca cola. La ve y me empieza  
58 a pedir bebida.

59 ENTREVISTADORA: ya

60 M: es súper bueno para las cosas dulces.

61 ENTREVISTADORA: y la bebida. ¿Tu le compras la bebida a él?

62 M: no, no no, cuando hay, si se compra bebida se le da, pero no es de todos los días.

63 ENTREVISTADORA: y ¿cómo te das cuenta de que el quiere bebida?

64 M: porque me empieza a apuntar con el dedo y llora y llora y llora. Lo que si es bueno  
65 para comer frutas, come muchas frutas.

66 ENTREVISTADORA: y eso que me contabas de la bebida ¿te pasa con otros alimentos o  
67 es sólo con la bebida?

68 M: no, con la bebida y con el pan

69 ENTREVISTADORA: ya

70 M: también le gusta el pan, esas cosas. Como está recién no más.

71 ENTREVISTADORA: claro

72 M: pero trato de darle lo más, cosas lo más sano posible, darle lo más. Que coma frutas,  
73 come yogurt. El agua cuando le daba se la cocía, ahora ya no po', ahora le doy un poco  
74 de agua de la llave y se la toma no más. Pero, heeee.., diferente si como criaba a las  
75 otras niñas, diferente desde el primero al último, pero evito que coma cosas que no le  
76 corresponden, a pesar de que me va a costar, porque es como él vive como con tres  
77 mamás, todas lo consienten en todo.

78 ENTREVISTADORA: risas

79 M: lo que me trae un problema porque no hay muchas reglas y eso yo no quiero.

80 ENTREVISTADORA: y.. Hay algunas mamás que se preocupan de la alimentación del  
81 bebé y tienen súper claro lo que les dice el nutricionista, pero a pesar de todo esto, les  
82 cuesta seguir lo que dice los nutricionista.

83 M: sabes que, ha estado dos veces con la nutricionista, porque él ha subido mucho de  
84 peso y ella me bajo la leche en cantidades más pequeñas de medida, me dijo que le diera  
85 más pescado, más verdura y eso lo hice y bajó de peso, y ahora, ahora tiene control aquí  
86 en diciembre, y ella ha sido súper está conmigo, en el sentido de que cuando yo le dije  
87 que quería cambiarle la leche me dijo que no, que le dejara la purita y que el igual iba a  
88 estar sano y así lo hice, siguió con la purita. No, si yo me he guiado mucho con las cosas  
89 que dicen, porque igual las cosas han cambiado hartito, han cambiado un montón y lo he  
90 seguido cuando ellos me dicen.

91 ENTREVISTADORA: ¿en qué encuentras que han cambiado las cosas?

92 M: han cambiado en el sentido de que, hay más acceso pa' más cosas, más sabores,  
93 diferentes tipos de leche. Porque antes cuando tuve a la primera era más caro, así que,  
94 esas cosas yo creo que hay más variedad para los niños.

95 ENTREVISTADORA: y esto de alimentar a los bebés, porque tú me decías que es distinto  
96 como alimentas ahora a V. que como alimentabas a tu primera hija.

97 M: al principio, por ejemplo, con mi primera hija, yo use más los colados

98 ENTREVISTADORA: ya

99 M: claro, al principio usé más los colados, usé bastante, mucho más los colados y ahora  
100 con V., V. ha comido dos veces colados y es eso que a mí no me gusta cocinar y le he  
101 comprado eso, eso es lo único que le he comprado de colados, ahora con mi otra hija  
102 comía más colados

103 ENTREVISTADORA: ahora tú preparas más la comida

104 M: si ahora yo la preparo

105 ENTREVISTADORA: y eso, ¿cómo aprendiste, cómo esta diferencia?

106 M: con la segunda, ya uno va aprendiendo más.

107 ENTREVISTADORA: ¿sí?, ¿pero tiene algo que ver un poco la familia?

108 M: si , si mi mamá igual, siempre ha dicho, que las comidas tienes que hacérselas tú y  
109 uno dice..... también. No si ella me dice, tengo que hacerle yo las comidas,  
110 que es más fresco, que la carne, que el pollo, así que evito comprarle colados.

111 ENTREVISTADORA: y esto que tu mamá te da como consejos y cosas, es como, ¿hay  
112 cosas que se repiten como en esta generación, de lo que tu mamá hacía contigo por  
113 ejemplo?

114 M: si. Hacerle la comida, na' de comprar cosas preparadas y lo otro de que, darle las  
115 cosas que realmente necesita como comprarle un día pescado, cambiarle un día el pollo,  
116 la carne y hay que variar.

117 ENTREVISTADORA: ya

118 M: y eso no cambia, he igual hay otros tipos de alimentos también, que la harina tostada,  
119 que uno ahora no le da y ulpo, como que uno no le da y cambian. Pero algunas veces mi  
120 mamá compra, pero nunca le he dado a él todavía. Pero igual .....

121 ENTREVISTADORA: y ¿hay cosas que has tenido que aprender ahora o que has  
122 aprendido ahora con el V. con respecto a la alimentación?

123 M: Mmm, en realidad con la alimentación, por ejemplo con la más grande, con la primera,  
124 ella si comía hartos suflés y esas cosas y ella engordó bastante y tuvo problemas de  
125 obesidad, hasta como los 15 años más o menos. Entonces para ella fue súper fuerte  
126 porque con las niñas que ella se juntaba eran súper flacas, para ella fue.... Y era buena  
127 para comer, ella comía mucho por ansiedad, era buena para comer yogurt, yo también he  
128 evitado. Entonces cuando ellas comen no le den a él o no le muestren.

129 ENTREVISTADORA: ya

130 M: en cambio, ella tenía una pataleta o algo y le comprábamos.....

131 ENTREVISTADORA: ¿incluso a esta edad?

132 M: no y ahora no.....

133 ENTREVISTADORA: pero ¿cuándo era chiquitita?

134 M: si, y aparte que en ese tiempo y hasta los 6 años el papá le daba el gusto en todo. Por  
135 ejemplo ella tenía una maña y ella decía que de a poquito y con alfajores se le quitaba y  
136 se lo comprábamos. Ahora yo no haría eso con mí, ahora que uno nota el cambio es  
137 diferente. Ahora es no y se acabó no más, si la blanda más soy más yo.

138 ENTREVISTADORA: ¿sí? y, influye también el papá entonces en la alimentación.

139 M: Sí, si, si, si

140 ENTREVISTADORA: Cuéntame un poquito...

141 M: Por ejemplo, en el sentido que yo a veces, no si el V. ya no tiene más hambre y no él  
142 tiene que comer y se le da igual, entonces por ejemplo, no sabís que en el consulto.... No  
143 le dis la leche, cómprale flan, no, dale la leche. A eso, en esas cosas influye harto.

144 ENTREVISTADORA: y ¿él también las tradiciones de su familia como habíamos hablado  
145 antes?

146 M: si

147 M: Sí, sí también lo mismo, por ejemplo en cosas de eh...por ejemplo el otro día me  
148 decía no, que había que darle porotos, “no si mi mamá me daba cuando tenía no sé  
149 cuantos meses y no me pasaba nada”. Y si por ejemplo, la cuestión de darle la comida  
150 pasá o molida, “no dásela molida no más, porque molida no le hace mal “, entonces en  
151 esas cosas.

152 ENTREVISTADORA: ¿y eso como por ejemplo el tema de los porotos, hay como tiempos  
153 para poner la...?

154 M: claro los porotos, las legumbres se le dan a los 10 meses

155 ENTREVISTADORA: ya

156 M: él decía que había legumbre a distintos meses y yo le decía no, no le pienso dar  
157 porque a mí la doctora me dio una guía donde iban los meses y yo por eso me guiaba, y  
158 por eso lo he hecho así. Por ejemplo con las niñas, con la de al medio le metía no más y  
159 con V. nosotros seguimos desde el principio, lo de la guía o lo que me dice la enfermera  
160 o la nutricionista cuando lo llevo, entonces he sido más....

161 ENTREVISTADORA: ¿en ese sentido tú sientes que calza un poco lo que te dicen en el  
162 consultorio sobre la alimentación con tú hijo específicamente?

163 M: yo encuentro que si

164 ENTREVISTADORA: y que.....tienen las que no

165 M: hay veces que no, hay veces por ejemplo el otro día yo conversaba con la nutricionista  
166 porque depende también de la experiencia, entonces yo con la segunda niña le di yo a  
167 ella el *nesquik* de frutilla y la tuve super mal, mal le dio una infección al estómago y la tuve  
168 que....entonces ella cuando me dijo “sabes qué dale ahora con *nesquik*” yo le dije  
169 (expresión de negación) y ella me dijo “no, no puede haber sido eso” y tuvimos una  
170 discusión las dos, en el sentido de que ella me decía y yo le decía que si po’ que el  
171 médico me había que eso le había hecho mal a la niña y ella me decía que no que no  
172 podía haber sido. Yo no le di al V. hasta después de un buen tiempo, le cambié por otra  
173 cosa, y no se lo di cuando a él cuando ella me lo dijo, en el sentido de que yo igual tenía  
174 miedo que me pasara lo mismo.

175 ENTREVISTADORA: claro, hay una experiencia que...

176 M: claro, la experiencia que tuve con ella no quise repetirla con él, y un montón de cosas  
177 diferentes

178 ENTREVISTADORA: ahí entonces tú tienes como, ¿a veces te guías más por tu propia  
179 experiencia que por lo que te dicen?

180 M: en pocas cosas, en cosas por ejemplo que yo pensaba que le iba a hacer mal y ella  
181 me dijo que no le iba a hacer mal, y yo debería haber hecho otra cosa pero no lo hice, se  
182 lo di como al mes siguiente que ella me dijo y bueno, en realidad no le pasó nada.

183 ENTREVISTADORA: ¿y esto como que es tanto tema la alimentación de los niños a esta  
184 edad más bien chiquititos en los consultorios, qué piensas tú de eso?

185 M: ¿en el sentido de que se converse en los consultorios?

186 ENTREVISTADORA: si

187 M: encuentro yo que es bueno porque la guían po' muchas veces una se equivoca en los  
188 alimentos, sobre todo cuando son mamás primerizas, es bueno que a uno la guíen o que  
189 le den una guía, por ejemplo la nutricionista que te pasa una guía de lo que tú le puedes  
190 dar, no es necesario que te guíes completamente por eso, porque tú ya tienes una idea  
191 más o menos para darle los alimentos

192 ENTREVISTADORA: ¿y por qué crees tú que es tanto tema actualmente...?

193 M: porque hay mucha obesidad, hay mucha obesidad, los niños comen mal porque a  
194 veces por ejemplo mi hija que tiene 12 años ella, hay días que lleva almuerzo y otros días  
195 que me pide plata que come el completo, que la pizza, que el pan, y otros días que yo,  
196 ahora cuando ya se echa a perder le mando más ensaladas y cosas y se aburre de comer  
197 lo mismo y me dice "mamá dame plata" y ella se compra eso. Es una mala alimentación,  
198 el hecho de que esté en jornada completa nunca más tomó sopa en la semana, porque no  
199 lleva, come apurada, tiene mala alimentación.

200 ENTREVISTADORA: ¿y de los encuentros que has tenido con la nutricionista qué es lo  
201 que más te ha llamado la atención de lo que has visto?

202 M: la nutricionista, habla bien poco, más que entrega formularios para que tú te guíes, lo  
203 único que más habla es de dar la cantidad de la leche, que los alimentos estén bien  
204 lavados, de que un día pollo, otro día carne, que vaya variando para que el niño no se  
205 aburra, con siempre lo mismo

206 ENTREVISTADORA: ¿y la enfermera?

207 M: la enfermera, eh... no ella lo único que ve el peso más que nada, si ella te ve por  
208 ejemplo que estás muy sobrepeso te manda para que ella te baje en cantidad de leche,  
209 en cantidad de la taza a media taza, eso

210 M: no, lo otro

211 ENTREVISTADORA: ¿pero no te hace una conversación amplia de los alimentos?

212 que por ejemplo te dice también de que evite los jugos que son en caja o artificiales, que  
213 los cambie por fruta o por fruta cocida, ese tipo de cosas, pero no, no es una gran, más  
214 allá entrega los folletos o me dice “estos alimentos dele” puede ser transición, porque no  
215 es de gran

216 ENTREVISTADORA: ¿y esos folletos...

217 M: no esos sí, esos yo se los dejo guardados en, se los tengo pegados en el carnet del  
218 niño donde yo me voy guiando, para darle las cosas que le corresponden po'. Trato de  
219 mantenerle todo pegado, excepto la bebida (risas)

220 ENTREVISTADORA: ¿cómo describirías tú a un niño sano, o a un niño como una  
221 diferencia entre lo que es un niño sano y un niño que no está saludable?

222 M: a ver...un niño sano, bueno pa' mi un niño sano es, no es que esté gordo, porque eso  
223 no significa que esté sano, sino que sea un niño que pueda correr, saltar, jugar, que esté  
224 bien, que tenga color. Un niño enfermo, bueno, uno ve que está más delgado, paliducho,  
225 eh, no se esmera en comer, para mí esa es como la diferencia, a principio un niño  
226 enfermo de un niño sano se nota al tiro a la vista

227 ENTREVISTADORA: ¿sí?

228 M: sí, bueno yo voy al consultorio y se nota cuando están enfermos o se nota que por  
229 ejemplo está bajo peso, se ven más debiluchos

230 ENTREVISTADORA: ¿y un niño como de esta edad, una guagua, eh...

231 M: ¿Qué esté sano o esté enfermo?

232 ENTREVISTADORA: si

233 M: que esté sano es que esté saludable de color, tenga un buen peso, no sé, ahí me  
234 pillaste, porque es medio difícil po'

235 ENTREVISTADORA: ¿es difícil notarlo?

236 M: notarlo yo creo que es más difícil, por ejemplo un niño de 2 años uno lo nota más, es  
237 medio complicado. V. cuando se enferma es un pollo, no quiere comer, anda llorando, ahí  
238 es cuando ya está enfermo, no toma pecho, no quiere comer, nada

239 ENTREVISTADORA: ¿y cuando uno ve a un niño poco saludable, como podría ser?

240 M: ¿poco saludable?

241 ENTREVISTADORA: si

242 M: que pase enfermo no más, resfriado, de la guata, no sé, a mi parecer

243 ENTREVISTADORA: pero ¿influye algo el tema de lo que nos habla la nutricionista, lo  
244 que nos habla la enfermera?

245 M: yo creo que si porque está mucho también en uno como mamá, en que vea la comida  
246 que come, la higiene, darle las cosas a los horarios, entonces todo eso influye y a uno le  
247 pueden decir muchas cosas pero si uno es desordenada, entonces también va en uno eso  
248 también.

249 ENTREVISTADORA: y estos niños, que las mamás siguen exclusivamente el plan  
250 nutricional y lo que les dice la nutricionista y la enfermera, ¿cómo te imaginas tú que es  
251 un niño que se alimenta solamente por la norma?

252 M: ¿sin salirse de las reglas?

253 ENTREVISTADORA: nunca se sale de las reglas

254 M: creo que mientras más los cuiden más delicados los niños, mientras más uno se rige  
255 por lo que dice un médico, siempre son más enfermizos. Yo tengo la idea, está bien que a  
256 uno la guíen, pero uno también puede tomar sus decisiones a parte, o las enseñanzas de  
257 la mamá, yo pienso que si es fijo, siempre son más enfermizos, es mi idea.

258 ENTREVISTADORA: ¿y como te imaginas que es un niño así, que es educado así pero  
259 en el futuro ya más grande?

260 M: mm igual , a ver, bueno se va a regir de que va a comer aquí, no va a comer aquí,  
261 bueno va a hacer todo, en el sentido de que va a llevar toda una regla, pero, no sé igual  
262 va a tener enfermedades, pero igual creo que va a ser más sano.

263 ENTREVISTADORA: ¿qué otra forma de alimentar a niños que sean de esta edad, de 6  
264 a 12 meses aproximadamente tú conoces y que sean distintas a las tuyas?

265 M: bueno, distinta a la mía sería comprar más que nada, comidas preparadas, darle cosas  
266 más artificiales.

267 ENTREVISTADORA: ¿y que piensas tú de estas otras formas, que actualmente tu no  
268 sigues?

269 M: No está mal, pero... es que los colados están preparados para los bebés, pero es  
270 darles más comida artificial, po'...

271 ENTREVISTADORA: ya.

272 M: Entonces no le haría bien

273 ENTREVISTADORA: No... ehmm... Hay mamás que se preocupan de la alimentación  
274 adecuada para sus bebés, y lo tiene súper claro, pero hay momentos en que se hace  
275 más fácil seguir la línea, que es un poco lo que habíamos hablado anteriormente.  
276 Cuéntame un poco más de esto; ¿a ti te ha salido fácil?, ¿te ha salido más difícil a  
277 veces?

278 M: A mí me ha salido fácil, en el sentido porque me he guiado por la nutricionista, por lo  
279 que me dice mi mamá, y porque ya uno tiene experiencia pa' atrás, no sé si uno fuera  
280 mamá primeriza sería más complicado.

281 ENTREVISTADORA: Pero...

282 M: yo encuentro que para mí ha sido fácil

283 ENTREVISTADORA: y como ha sido esto de la experiencia, como de integrarla...

284 M: ¿a qué?

285 ENTREVISTADORA: a la... porque tu me decías que también te guías por los (no se  
286 entiende, pero se refiere a información nutricional)

287 M: si, yo también me guío por eso, me guío un poco por lo que ella me dice y todo. Pero  
288 me refiero a que con la primera hice esto y con la segunda hice esto otro, y así uno va  
289 agarrando experiencia de atrás para.... Es un cambio, para mí ha sido brusco, porque  
290 después de 12 años y 19 años, volver a criar, volver a hacer comida, a dar leche. Es un  
291 proceso que hay que irlo cada día digiriendo, pero... No ha sido difícil, menos con las  
292 comidas, porque no he tenido problemas de que se enferme de la guata, que es mañoso,  
293 no. Porque a veces hay niños que se enferman de la guata, no quieren comer, también  
294 eso para uno es traumático, porque si ve que no Come... Para mí ha sido más el  
295 problema de la leche, que ahora el ya se al toma bien, pero al principio fue súper  
296 complicado porque él... no hallaba que darle porque no quería el pecho, el pecho ya no le  
297 alimentaba y tenía que darle flan o arroz con leche y ver si se tomaba la leche.

298 ENTREVISTADORA: Y cómo era ahí el tema porque ¿él te daba señales?

299 M: Por ejemplo yo le hacía la leche en la mañana y supuestamente él en la mañana  
300 estaba con hambre, porque no había comido nada en la noche, y el me cerraba la boca,  
301 no había caso. Entonces le metía el chupete, después se lo cambiaba a un vaso,  
302 después le compré uno de boquilla y nada, nada, no hubo caso. Yo le daba la leche y no  
303 había caso... y la rechazaba, así que la doctora optó por decirme “¿sabes qué?, dale un  
304 flan en la mañana para que tenga suplemento de la leche”... Hasta que un día, pasaron  
305 varias semanas, y un día le deje ahí la este, y solo se la tomó. Y ahí empezó todos los  
306 días a tomar leche. Entonces la doctora después me decía que lo más probable es que  
307 hubiera sido el cambio de los dientes, porque tenía toda inflamada la parte de arriba y ya  
308 venía con cuatro dientes brotando. Sí, ella pensó que podría ser eso, porque después  
309 siguió con la leche igual. Y así le fui cambiando a NAN, D-26, cualquier cantidad de leche  
310 y no era la leche. Después gasté no se cuanta plata en mamadera, creyendo que era la  
311 mamadera, que el chupete... y al final ahora tiene una mamadera así (hace gesto de un  
312 objeto pequeño) y ahí quedaron todas las otras cajas, y se quedó con una chica que tiene.  
313 Pero para la mamá, por ejemplo pa’ mí, era estresante. Me estresó mucho porque no  
314 sabía que darle, aparte el flan alimenta, decía yo, pero no le voy a dar un flan, tenía que  
315 darle tres flanes al día. Entonces... después pasaron las semanas y un día por casualidad  
316 un día dejé la leche y ahí él se la tomó. Igual (la nutricionista) me dijo, porque el era súper  
317 testarudo, no abría la boca y no la abría. Entonces a la vez ella me decía déjalo pasar  
318 hambre, si lo dejaba pasar hambre, pero (no se entiende)... le veía la mamadera, y  
319 pensaba tal vez el chupete tiene mal olor, na’, no quería.

320 ENTREVISTADORA: igual es como raro dejarlo pasar hambre

321 M: ella me decía dejarlo pasar hambre en que por ejemplo no diera en todo el día pecho,  
322 y si él un día no tomaba la leche, al otro día volver a hacer lo mismo; “no le des pecho”,  
323 era por la razón que él tenía hambre y tenía que tomarla otra vez. Incluso hasta ahora me  
324 ha dicho “déjalo pasar hambre”, en el sentido que no le des pecho en toda la noche o en

325 todo el día, y que él se tome solamente la leche, pero me cuesta porque él... no le he  
326 dado en toda la tarde, él se toma la leche, pero me busca y me busca, porque para él... él  
327 con el (pecho) se queda dormido, (no se entiende)... y a mí me ha costado, porque con  
328 las otras dos niñas, a las dos al año yo ya les había sacado el chupete y el pañal.  
329 Entonces con él he querido hacer lo mismo, y ella (la doctora) me dijo que no, que por lo  
330 menos hasta los dos años los pañales, y que a los dos años el pecho. Yo le dije que no  
331 po', que eso dependía de mí, que si yo no le doy pecho, no le doy más él ya no va a  
332 buscar el pecho. Me dijo que los hombres eran diferentes, que eran más mañosos, no  
333 como las niñas. Yo a ellas dos les saqué el pecho y el pañal al año.

334 ENTREVISTADORA: ¿y el pecho es como distinto a los otros alimentos? no tiene tanto  
335 horario...

336 M: El pecho al principio cuando nacen, se dice que le des a cada rato, libre demanda pero  
337 ya después cuando tienen un mes, dos meses, hay que darle cada cuatro horas. Pero  
338 qué pasa, cuando nacen se acostumbra a tomar a cada rato, entonces es como difícil  
339 plantearles las cada cuatro horas. Aparte que él desde chico es súper mamón, bueno y él  
340 no se llenaba con el pecho, había que ponerle algo a parte, y había que darle la leche, la  
341 NAN y el pecho. Entonces, por ejemplo, ahora que tiene la NAN es medio difícil cada  
342 cuatro horas no iba a ser fácil, porque ya estaba acostumbrado a tomar... pero ya han  
343 pasado varios días en que en la tarde no llora en todo el día; se toma su leche, se toma  
344 su comida.

345 Pero cuesta dejar que deje de chupar... a mí me ha costado con él. No sé si será porque  
346 es hombre, porque... pero pa' mí es más la mala costumbre de él. Y con eso me domina,  
347 y tan chico y me domina. Y le dan unas pataletas atroc... Lloro y grito, y por ejemplo, las  
348 niñas me dicen: "mamá, que ya dale, me aburre, que llora", yo le doy...

349 ENTREVISTADORA: ¿le pasa hartito eso? Que otra gente que...

350 M: yo he conversado con otras mamás y el niño el niño suele hacer tremendas  
351 pataletas.... Si cuando él ve el pecho es como que ve a Dios, es la felicidad más grande  
352 que hay en este mundo, incluso ya no me sale casi nada... no hay caso. El otro día  
353 intenté... me puse hartito café, pensé que le iba a dar cosa al verlo café, pero no, se tomó  
354 la leche con café (risas entrevistadoras). Otra niña me dijo "¿Sabes lo que yo hice? Me  
355 puse ají", pero me da no se qué ponerme ají... (risas) ...y ahí tengo un ají, pero me da no  
356 se qué.... La niña me dice que igual es cosa tuya, pero me parte el alma... le va a picar al  
357 boca... ahora dije es que me voy a comprar una tela adhesiva y me voy a poner una tela  
358 adhesiva, cosa que no vea como para sacar la leche. Eso voy a hacer ahora.

359 ENTREVISTADORA: ¿Y tus hijas como que te piden que le des...?

360 M: Que le dé pecho para que no llora, no es que, es que es súper "chiche"

361 ENTREVISTADORA: Y cuando, cuando él llora ¿eso solamente te pasa con tus hijas, o  
362 también en otras partes?

363 M: No, no, no, en otras partes, cuando vamos a otras partes no, nadie me dice nada, a  
364 veces tengo que quitarle el pecho, le llevo mamaderas con agua, le llevo la leche, pero  
365 no, él siempre toma lo que tiene que tomar y busca el pecho.

366 ENTREVISTADORA: Ya

367 M: Sí, si ya cumplió un año y la doctora me dijo que lo ideal es sacárselo, porque como lo  
368 van a operar, no voy a poder dárselo, porque como va a estar con el yeso no voy a poder  
369 llegar y tomarlo. Y pasa por dos procesos, eso y por el desapego del pecho... aunque  
370 llore toda la noche, porque ¡va a llorar!

371 ENTREVISTADORA: ¿Cuáles son las razones por las que las mamás tienen que  
372 preocuparse por la alimentación de un bebé de esta edad? ¿Qué crees tú?

373 M: Porque está creciendo, se está desarrollando, igual hay que darle alimento para varias  
374 cosas, hay que nutrirlos bien poh, para que tengan buena salud para después, juegan,  
375 hay que nutrirlos bien poh.

376 ENTREVISTADORA: Y además de eso, de lo del crecimiento y nutrición, ¿tú crees que  
377 hay más cosas que influyen en esto? O sea que tú consideres.

378 M: Bueno que si tiene una buena alimentación cuando chico, va a tener menos  
379 enfermedades cuando grande. No sé poh, mi mamá me cuenta que ellas cuando chicas  
380 se alimentaron súper bien y todas son...tienen noventa y tantos años (risas) yo le digo a  
381 mi mamá que no quiero vivir tanto. Pero con una buena alimentación tienes una buena  
382 salud, por lo menos ella me dice para la vejez... tienen noventa y tantos años.

383 ENTREVISTADORA: Eeem, ¿hay como tradiciones en la familia de tu pareja  
384 quee...hayas considerado?

385 M: ¿En cuanto a comida?

386 ENTREVISTADORA: Sí, bueno en cuanto a la alimentación en general, no  
387 necesariamente la comida específicamente, pero también las formas dee...

388 M: Son casi las mismas... en general son más al lote ellos (risas)

389 ENTREVISTADORA: ¿Sí?

390 M: Sí, es que tienen otro tipo de horarios, por ejemplo ellos almuerzan a las 5 de la tarde y  
391 9 a 10 de la noche están tomando once. Diferente de acá, que aquí siempre ha habido  
392 horarios, a las 2 almorzamos, a las 6 están tomando té. Por ejemplo V. almuerza a las 12,  
393 a las 4 toma la leche, a las 7 está comiendo y después la última leche a las 11. Yo he  
394 tratado de hacerle horarios y él no poh, es más al lote.

395 ENTREVISTADORA: ¿Quién? ¿Tu pareja?

396 M: Sí, entonces todos ellos han sido más al lote con los niños igual, no tienen mucho  
397 horario, yo he tratado de no guiarme mucho por ellos (risas)

398 ENTREVISTADORA: Y cuando aprendiste a alimentar a tu hijo, ¿hay cosas que te  
399 costaron más aprender?

400 M: ¿Al V.?

401 ENTREVISTADORA: Sí

402 M: No, para mí la cosa que más me marcó fue la cosa del pecho, que no me bajaba la  
403 leche y él quedaba con hambre, yo creo que eso fue lo que más me marcó por la  
404 diferencia con las niñas, y con las niñas a mí me bajaba al tiro la leche y tomaban bien  
405 poh, entonces ellas no necesitaron relleno... y eso ... y eso que la mayor pesó 4 kilos  
406 400, la otra 4 kilos.

407 ENTREVISTADORA: Eeem, hay cosas que, hay como momentos en que tú tienes que  
408 decidir cuando y hasta cuanto darle a tu hijo comida. Entonces hay momentos que tienes  
409 que insistir en dar más comida y otras veces al revés, tienes como quee, hay veces en  
410 que como tú decías, tú dejas que tu hijo elija un poco y que deje algunas cosas.

411 M: No, lo que pasa es que el V., cuando él se come la comida, después nosotros  
412 almorzamos, yo le doy a él primero, entonces después igual está en la mesa con la silla,  
413 entonces como sigue igual ahí el V., yo le pico lo que haiga y él va comiendo, entonces  
414 pedacitos de tomate si hay ensalada... para que vaya probando sabores. Lo único que no  
415 come es repollo, que la doctora dice que no debe comer... pero por ejemplo si hay sopa,  
416 yo le doy una cucharadita de sopa, cosa que así vaya probando sabores, no que él se  
417 coma otro plato, no, como que va picoteando.

418 ENTREVISTADORA: Y ¿eso te pasa siempre?, o sea ¿todos los días él se queda en el  
419 almuerzo con todos?

420 M: No, no. Hay veces. Cuando no, se queda dormido, se queda dormido y no se queda  
421 poh.

422 ENTREVISTADORA: Y cuando él se sienta con ustedes, ¿es solamente en el almuerzo o  
423 también se queda en la once por ejemplo?

424 M: No, en la once no, en la once no.

425 ENTREVISTADORA: ¿Y siempre que está en la mesa te pasa eso de darle un poquitito  
426 de lo que hay ooo...?

427 M: (Interrumpiendo) Sí, depende de lo que haiga. Sí, hay cosas que a veces no las come,  
428 como las lentejas.

429 ENTREVISTADORA: Y ¿qué influye en tu decisión de darle o no darle ahí?

430 M: Es que por ejemplo hay días en que está más mañoso, o que se pone a jugar en la  
431 mesa y empieza a hacer "agu" (hace gestos de imitación del bebé), a pedirme cosas.

432 ENTREVISTADORA: ¿Con el dedo?

433 M: Sí, entonces yo le pregunté a la doctora y ella me dijo "mire, si tiene ensalada, píquele  
434 un poquito de ensalada para que él vaya probando sabores, pero no para que le de un  
435 plato más, no.

436 ENTREVISTADORA: ¿Y hay alimentos que estén en la mesa que tú eliges darle o tú le  
437 das todo lo que eeel...?

438 M: (Interrumpiendo) Todo Lo que haiga

439 ENTREVISTADORA: Todo lo que haya

440 M: Si hay ensalada de tomate, yo le doy un pedacito de tomate, si estoy comiendo sopa,  
441 yo le doy un poquito de sopa

442 ENTREVISTADORA: Ya

443 M: Pero eso, si hay arroz, lo que más le gusta, porque a él le gusta el arroz

444 ENTREVISTADORA: Ya, ¿y con los postres?

445 M: No, con los postres no, porque él todo lo que se come es un flan, una jalea, o le doy  
446 una manzana, un plátano. Más come frutas que postre. Eso es lo que come todos los  
447 días, una manzana, una pera o un plátano.

448 ENTREVISTADORA: Ya ¿Hay algo más que me quieras contar de la alimentación de tu  
449 hijo, algo que te paseee?

450 M: No, si a mí, a mí, el tema que más me ha molestado, me ha complicado a mí ha sido lo  
451 de quitarle el pecho y que él se mantenga fijo con la mamadera, eso ha sido para mí lo  
452 más complicado. Pero a lo que voy yo es que él una vez que se opere va a tener que  
453 tomar en mamadera sí o sí y dejar el pecho sí o sí porque ahí yo no voy a poder estar al  
454 lado de él. Entonces, eso poco a poco lo va a ir superando y a tomar mamadera como  
455 corresponde. Y por ejemplo, sí vuelve a dejarla y no quiere tomarla, tendría que ser ya  
456 algo médico. O a lo mejor le encanta la leche que sé yo y es todo un proceso el que está  
457 pasando, pero más allá de eso nada complicado.

458 ENTREVISTADORA: Claro, o cuando a ti te toca darle alimento, o según como van  
459 pasando los meses también, comoo...

460 M: (Interrumpiendo) Por ejemplo, a veces en vez de darle un poco de arroz, prefiero darle  
461 la comida que yo le hago, que va la papa, el zapallo, todo junto, en vez de darle un plato  
462 de arroz y que se lo coma como él quiera, mejor se lo hago yo y que se coma lo que yo le  
463 hice, porque ahí va todo. Ya digamos, pasando el año ya no tanto, si ahí quiere comer  
464 arroz con un pedazo de carne, ya. Pero a esta edad todavía no. Por ahora todavía es  
465 necesario que le haga el pescado, el pollo, le hago la comida que yo quiero. No me  
466 quedaría tranquila si le diera un poco de fideo y se lo comiera.

467 ENTREVISTADORA: Y respecto a cómo tú, a cómo tú decides sobre la alimentación ¿que  
468 es lo consideras más relevante para decidir?

469 M: Eeee ¿Para, por ejemplo, que más le puedo darle?

470 ENTREVISTADORA: ¿Por qué no te quedarías tranquila?

471 M: Porque no es la cantidad que tiene que comer. Porque si le doy fideo va a comer un  
472 poco de fideo, más lo va a botar que lo que va a comer. En cambio si yo le doy la comida  
473 se la va a comer sí o sí, tiene que comerla (risas).

474 ENTREVISTADORA: Entonces también la alimentación viene con tu tranquilidad y...

475 M: (Interrumpiendo) Sí de que come bien. Porque cuando no come, no quiere comer por  
476 algún motivo, me quedo intranquila de que no ha comido, porque sé que le falta la comida  
477 o que comió la mitad.

478 ENTREVISTADORA: ¿Y esa tranquilidad viene un poco relacionado a qué?

479 M: A que esté bien nutrido. A lo que voy yo es que por ejemplo cuando él no quiere comer  
480 o deja la mitad, pa' mí está enfermo, o algo le duele, me quedo preocupada porque no  
481 comió. Después llega la tarde y no se quiere tomar la leche tampoco, entonces ya algo  
482 me está avisando que no está bien. Pero si está con la maña y no quiere comer, o se  
483 quedó dormido más tarde no más, no todas las veces va a estar enfermo, a veces está  
484 con la maña no más o se quedó dormido y despertó mas tarde no más o hay que darle  
485 una leche más. Pero trato de que tenga las comidas que le corresponden durante el día

486 ENTREVISTADORA: Que sea más bien por horario

487 M: Claro, pero si se queda dormido y no quiere comer, porque tiene mucha maña no se lo  
488 come no más y comerá en unas dos horas más. Pero yo trato que tenga horario, porque si  
489 no lo tiene ahora después va a ser más difícil, sí, ya después que tenga dos años, más  
490 difícil, porque son más traviosos, andan más pa' allá, pa' acá y son más selectivos con las  
491 cosas también. Muchas veces va haber porotos y si a él no le gustan no se los va a comer  
492 no más poh. No como ahora que si no le gusta yo se lo meto igual no más poh, es  
493 diferente (Risas).

494 ENTREVISTA: Ya, te queríamos agradecer por la entrevista.

## Entrevista 2

- 1 ENTREVISTADORA: me gustaría saber un poco ¿cómo aprendiste a alimentar a tu  
2 guagua?
- 3 R: como aprendí a alimentar a mi guagua
- 4 ENTREVISTADORA: si
- 5 R: me costó, porque no sabía nada como hacerle las cosas, preguntando
- 6 ENTREVISTADORA: ¿preguntando? Y ¿a quienes le preguntaste?
- 7 R: a la mamá de mi pololo, mi mamá igual me enseñó un poquito y ahí.
- 8 ENTREVISTADORA: básicamente fuiste como así, que fuiste buscando...
- 9 R: claro para poderla alimentar.
- 10 ENTREVISTADORA: y ¿qué crees que te salió más difícil cuando estabas aprendiendo?
- 11 R: ¿en cuanto a la comida?
- 12 ENTREVISTADORA: sí
- 13 R: el alimentarlo, como unir las cosas que te decían también. Igual cuesta, no se po,  
14 tomarlo y te dicen tantas cosas a uno que en realidad, ve lo mas adecuado, lo que se le  
15 puede echar a las comidas.
- 16 ENTREVISTADORA: y ¿en tu familia hay como formas tradicionales de alimentar a los  
17 bebes, que tu sientes que ahora estas repitiendo? o que te decían no sé, a ti te  
18 alimentábamos así cuando chica, antes se alimentaba así a los niños, algo así. Hay como  
19 costumbres distintas a ahora o...
- 20 R: no, no
- 21 ENTREVISTADORA: y ¿influye, como tu me comentaste que le preguntaste tanto a tu  
22 mamá, como a tu suegra?
- 23 R: mamá (asiente)
- 24 ENTREVISTADORA: y ¿influye la familia de tu esposo, perdón tu pareja, en como  
25 alimentas a tu...? (interrumpe mamá)
- 26 R: si, si, yo creo que más que mi mamá.
- 27 ENTREVISTADORA: ¿más?
- 28 R: sí, mucho más.
- 29 ENTREVISTADORA: ¿ellos te dicen que es lo que tienes que hacer o te ayudan a tomar  
30 decisiones con eso?.

31 R: si, igual.

32 ENTREVISTADORA: y ¿tu pareja también influye en cómo lo alimentas?

33 R: ah no, el no.

34 ENTREVISTADORA: no, es más bien la mama.

35 R: si (risas)

36 ENTREVISTADORA: y entre lo que tu has aprendido también y tu experiencia hay un  
37 poco de todo esto, que también viene con lo que te preguntaba antes. ¿Qué consideras  
38 que es importante o relevante en el tema de la alimentación infantil?, ¿por qué crees que  
39 una mamá se tiene que preocupar del tema de la alimentación en los niños de esta edad?

40 R: yo creo que es mas para, que si uno no le da, no comen, osea no sé.

41 ENTREVISTADORA: no te preocupes, nos interesa saber cómo piensas o crees acerca  
42 de eso, por ejemplo.

43 R: del crecimiento una cosa así, del crecimiento que lo ayudan a crecer, para su  
44 crecimiento yo creo.

45 ENTREVISTADORA: ¿para su crecimiento especialmente?

46 ENTREVISTADORA: y, como dentro del consultorio igual dan charlas y ¿tú tienes como  
47 atención con médicos cierto?

48 R: si

49 ENTREVISTADORA: y ahí ¿qué consideras importante o relevante sobre los encuentros  
50 que has tenido con las enfermeras o con los médicos cuando te hablan de la alimentación  
51 infantil?

52 ENTREVISTADORA: ¿tú consideras que es importante lo que ellos pudieran aportar?

53 R: si igual.

54 ENTREVISTADORA: ¿sobre la alimentación?. ¿En qué sentido o que es lo que te ha  
55 llamado la atención, por ejemplo de lo que ellos te dicen? ¿Qué es lo que te ha servido  
56 más encuentras tú?

57 R: del cuento esto de las horas, que igual es importante no darle a deshoras a los niños y  
58 la fruta que recomiendan hartos, frutas.

59 ENTREVISTADORA: y ¿por qué crees que recomiendan la fruta o el horario por ejemplo?  
60 porque tú me dijiste que considerabas que eso era lo importante.

61 R: claro, es importante en el sentido que no le puede faltar la fruta, que sean contadas  
62 cada cuatro horas las comidas.

63 ENTREVISTADORA: y ¿Por qué crees que para ellos, para los médicos le pueden dar  
64 tanto significado a eso o ellos lo resaltan tanto? Tú decías que lo recomiendan tanto.

65 R: (mama asiente)

66 ENTREVISTADORA: ¿por qué crees que para ellos es un tema con el niño de esta edad  
67 preocuparse de la alimentación infantil? ¿qué piensas tu de eso?

68 R: yo creo que es para ordenarle las comidas, para que sea un horario mas más correcto,  
69 y que....

70 ENTREVISTADORA: y ¿hay cosas como de lo que te dicen que no calzan mucho con la  
71 forma que tienes tu de alimentar a tu hija?

72 R: no. Hay, no en realidad lo que ellos dicen trato de hacerlo, osea de tomarlo a las  
73 horas, o sea igual es difícil porque el bebe, ellos me dicen cada tres horas pero el bebe no  
74 aguanta cada tres horas para alimentarlo.

75 ENTREVISTADORA: y ¿tú que haces ahí?

76 R: igual le doy un poquitito, si igual trato de darle, como yo le doy pecho también, trato de  
77 darle un...

78 ENTREVISTADORA: ah ya, le das pecho cuando tiene hambre mientras..

79 R: claro, viene la comida.... Es que a veces no aguanta hasta la comida y trato de darle  
80 un poquito de pecho.

81 ENTREVISTADORA: ¿cómo que siente que ella te da..?

82 R: me pide.

83 ENTREVISTADORA: y ¿cómo te pide, tiene algún...?

84 R: ¿sonido?, si, con la boca.

85 ENTREVISTADORA: ¿hace sonidos con la boca?

86 R: si con la boca.

87 ENTREVISTADORA: ya, y ¿qué pasaría si tu no le dieras leche, osea no le pusieras el  
88 pecho en esos momentos?

89 R: llora.

90 ENTREVISTADORA: ¿se pone a llorar?

91 R: si

92 ENTREVISTADORA: y ¿si la dejas llorando, qué pasa?

93 R: no poh, no la ..... Pero igual a veces trato de si tiene, llora igual le doy jugo para no  
94 darle la comida altiro.

95 ENTREVISTADORA: ¿pero te incomoda que ella llore?

96 R: si, me da... (risas)

97 ENTREVISTADORA: pero ¿qué te pasa a ti, qué sientes tú?, ¿qué te pasa a ti como de  
98 sentimiento o de sentir porque decides al final, ya igual le voy a dar?.

99 R: pero es que no se bien, en el sentido de si llora es porque tiene hambre. O sea uno  
100 igual como mama da el pecho, no se poh.

101 ENTREVISTADORA: ¿e influye un poco ahí que hayan otras personas?. ¿Ahí influye un  
102 poco la opinión de los otros?..

103 R: ¿ah cuando ella llora?

104 ENTREVISTADORA: si

105 R: Ah sí, que tiene hambre, que la niña tiene haaambre (risas). Entonces uno a veces se  
106 coloca nerviosa, cuando yo voy a la casa de mi pololo.

107 ENTREVISTADORA: Aah ¿te pones nerviosa de que ella llore?

108 R: Claro po, y justo a la hora que le toca las comidas empieza a llorar y a llorar... y que  
109 tiene hambre. Entonces a veces le doy pecho y a veces la comida que le corresponde a  
110 esa hora.

111 ENTREVISTADORA: Y, como, tú me hablabas un poco más bien de la alimentación...  
112 hay algunas mamás que siguen mucho las guías nutricionales, pero que igual les cuesta.  
113 Como un poco lo que tú me contabas antes, que tú sentías que a ti te costaba un poco,  
114 ¿cierto?

115 R: Sí

116 ENTREVISTADORA: En ese sentido, ¿Por qué crees que les cuesta tanto? ¿En qué  
117 momento es más difícil como seguir la guía nutricional o lo que te dice la enfermera, lo  
118 que te dicen en el consultorio? ¿Cuáles son los momentos que tú consideras, qué cosas,  
119 o cuándo?

120 R: Es que en realidad el bebé no se come siempre lo que indica el doctor.

121 ENTREVISTADORA: ¿Y qué influye en eso? ¿Influye el bebé?

122 R: Si poh, claro, porque el doctor da una medida de comida y si el bebé no se la come,  
123 entonces hay que darse el tiempo para dársela durante el día a la hora que  
124 corresponda... son dos horarios, puedo dársela en la tarde y complementársela con la  
125 otra que le toca.

126 ENTREVISTADORA: ¿Y eso tiene que ver con tú hija, que no se adecua tanto a lo que se  
127 dice ahí?

128 R: Claro

129 ENTREVISTADORA: Y otras recomendaciones, como por ejemplo cuando te hablan más  
130 bien del tema deee, de dar cierto tipo de alimentos y no otros, o de empezar a dar estos  
131 alimentos a ciertas edades...

132 R: Ah ya

133 ENTREVISTADORA: Ese tipo de cosas, ¿comoo, como es eso? Un poco con tu  
134 experiencia con tu hija?

135 R: Claro, que hasta el momento las comidas no se pueden complementar con esas cosas  
136 que le pudieran hacer mal para su hígado y cosas así po, que son como los, los  
137 condimentos.

138 ENTREVISTADORA: Ya

139 R: Solamente verduras

140 ENTREVISTADORA: Y eso tu lo has podido hacer siempre siguiendo las instrucciones o  
141 has cambiado...

142 R: No, las verduras son siempre y nada de complementos, ni aliños ni esas cosas,  
143 solamente verduras

144 ENTREVISTADORA: ¿Y hay otras situaciones que tu consideres que es más difícil seguir  
145 ooo otras recomendaciones...?

146 R: (Interrumpiendo) Claro, Hay otras cosas que recomiendan que no, como la sal o el  
147 azúcar... que eso es después de los dos años, pero eso igual es más difícil porque... no  
148 se po, igual por ejemplo los jugos que le doy le cuesta tomárselos sin azúcar

149 ENTREVISTADORA: Aaah, igual le echas un poquitito

150 R: Sí, un poquito. Igual que la sal, igual le echo, no se come las comidas así nomás, igual  
151 le tengo que echar un poquito de sal.

152 ENTREVISTADORA: ¿Y por qué crees que no se las come?

153 R: No sé

154 ENTREVISTADORA: Pero es algo que te dijeron? ¿tú empezaste a agregar un poquito de  
155 azúcar, un poquito de sal?

156 R: Claro, es que ella no aceptaba la comida sin sal, osea, ella no quería

157 ENTREVISTADORA: Ya y ahí tú empezaste a darle comooo...

158 R: De a poquito

159 ENTREVISTADORA: Ya, y eso ¿tiene un poco relación con lo que te han dicho, con eso  
160 de que tú me contabas que al principio te costó saber como alimentarla? ¿tiene que ver

161 con cosas que te han dicho en la familia? ¿o tiene que ver más con decisiones  
162 personales, que tú decidiste hacer?

163 R: No, decisión personal

164 ENTREVISTADORA: Y, bueno, en este mismo sentido, hay veces que la mamá tiene  
165 quee, tiene como personas conocidas que alimentan a los niños de otras formas y que  
166 uno ve como que no son iguales a la forma en que lo alimentas tú... ¿tú conoces otras  
167 formas de alimentar a niños que tú no sigas, como niños de esta edad, como otras  
168 mamás que alimentan a estos niños de manera distinta?

169 R: Sí, sí, pero no de esta edad, un poquito más grandes, más meses... la alimentación es  
170 distinta, incorporan otras cosas, jaleas, esas cosas que yo todavía no, que recién estoy  
171 empezando con las verduras, frutas. Entonces las otras mamás no po, le incorporan flan.  
172 Entonces es distinta la alimentación.

173 ENTREVISTADORA: ¿Y por qué crees tú que en el último tiempo, ahora hace poco, ha  
174 sido tan importante el tema de la alimentación en los consultorios? Como que le han dado  
175 tanto al tema.

176 R: Por la obesidad yo creo

177 ENTREVISTADORA: ¿Pero en los niños de esta edad también?

178 R: Es que igual hay niñitos que suben hartito de peso... le recomiendan ya, leche y esas  
179 cosas.

180 ENTREVISTADORA: ¿Qué tiene que ver con más que nada con la obesidad tu dices?

181 R: Sí.

182 ENTREVISTADORA: Y tú solamente le das alimentos, porque tú me decías que sentías  
183 que ella a veces quedaba con hambre y no alcanzaba las tres horas y tú le das pecho  
184 cierto, ¿tú le das otro tipo de alimento también que no tenga que ver con lo que te dicen o  
185 con sus horarios?

186 R: No, nada

187 ENTREVISTADORA: ¿No? Y el pecho ¿se lo das también en otros momentos o  
188 solamente cuando ella llora?

189 R: No, cuando llora.

190 ENTREVISTADORA: Y, por ejemplo, pasa hartito que los niños acompañan a las mamás  
191 en la mesa, en la hora de once o en la hora de almuerzo por ejemplo ¿a ti que te ha  
192 pasado con eso?

193 R: Sí igual (risas) porque claro, la dejo en el coche y quiere estar ahí y toma todo, las  
194 cosas que le llaman la atención.

195 ENTREVISTADORA: Y ahí le das algo de comer también o dejas que juegue

196 R: No si igual, aunque no es recomendable para los niños, pero empieza así como a  
197 pedir, a hacer así con las manos (gesto como indicando algo), entonces igual le doy a  
198 probar cosas.

199 ENTREVISTADORA: Y estas cosas que le das de probar como es, como que le das a  
200 probar alimentos que están dentro de lo que el médico te ha dicho, o aprovechas que lo  
201 que está dentro de la mesaaa...

202 R: Claro, lo que está ahí, lo que a ella le llame la atención y empieza a hacer sonidos con  
203 la boca y ya, quiere saborear, o sea quiere probar lo que uno está comiendo, como por  
204 ejemplo la palta, cuando uno come palta, o a veces hasta la mantequilla

205 ENTREVISTADORA: Y ahí hay cosas que tú decides no darle o siempre le dejas probar.

206 R: No igual, le dejo probar.

207 ENTREVISTADORA: ¿Todo?

208 R: Sí.

209 ENTREVISTADORA: ¿Y qué pasa cuando ella está en la mesa y tú decides no darle?

210 R: trato de pasarle un poquito para que se entretenga, sino un juguete al lado, tratarle de  
211 pasar ese juguete y ya se olvida de lo que está pidiendo, tratar de distraerlo de lo que no  
212 me gusta que coma, o sea de lo que no quiero que pruebe.

213 ENTREVISTADORA: ¿pero eso es cuando tú decides que hay cosas que prefieres no  
214 darle, o sea, que prefieres que ella no coma?

215 R: si

216 ENTREVISTADORA: cuando eso pasa, tú decides distraerla con otra cosa

217 R: claro

218 ENTREVISTADORA: y siempre pasa eso, como que ella se sienta en la mesa y te  
219 empieza a pedir o a veces no?

220 R: no, siempre (sonríe)

221 ENTREVISTADORA: si?

222 R: si

223 ENTREVISTADORA: y tú como que puedes reconocer un poco lo que me decías, como  
224 que ella finalmente te pide me decías hace un rato

225 R: si

226 ENTREVISTADORA: y como reconoces tú esas señales?

227 R: por la boca, es que ella me hace así (hace sonidos con la boca), y ahí es ya porque  
228 quiere probar, o uno está comiendo y empieza a tirar las manitos pa' delante y ya uno  
229 sabe

230 ENTREVISTADORA: y eso lo supiste como por ti o también te dijeron

231 R: nooo, supe sola

232 ENTREVISTADORA: te diste cuenta sola que eso era...

233 R: si

234 ENTREVISTADORA: y cómo te imaginas que es un niño, un bebé de esta edad que es  
235 alimentado exclusivamente por lo que dice el médico, como piensas que podría ser un  
236 niño alimentado siguiendo exclusivamente la guía nutricional, por ejemplo

237 R: mmm, así más adelante? O en el momento?

238 ENTREVISTADORA: en el momento, como ahora, en esta edad

239 R: a ver, igual yo creo que no pediría las cosas que están en la mesa, no sé

240 ENTREVISTADORA: pero qué, que crees tú, como jugando un poco, que características  
241 físicas podría tener, cómo sería, cómo piensas que podría comportarse. De repente, cómo  
242 piensas que podría ser si está alimentado exclusivamente con lo que dice el médico

243 R: mmm yo creo que igual la guagüitas son como iguales, no sé igual pedirían las cosas  
244 que uno está comiendo, no sé, como lo mismo

245 ENTREVISTADORA: y a futuro?

246 R: a futuro igual si uno no le da a probar, cosas así que están en la mesa, a lo mejor no le  
247 van a gustar, entonces no sé, como que no van a sentir el sabor, no sé

248 ENTREVISTADORA: cómo, si tú no le das a probar ahora, en el futuro no le gusta?

249 R: claro, si

250 ENTREVISTADORA: y como que eso es importante, es bueno es malo, como es?

251 R: es como (gesto de no saber)

252 ENTREVISTADORA: pero a ti, si tú estuvieras en esa situación, tú prefieres que pruebe  
253 las cosas...

254 R: si, si

255 ENTREVISTADORA: de alguna forma hay como un propósito detrás de dar a los niños a  
256 probar alimentos antes?

257 R: claro

258 ENTREVISTADORA: y ese propósito sería...

259 R: que cuando sea más grande pueda comer bien, como eso, de que vaya sintiendo  
260 sabores distintos

261 ENTREVISTADORA: como en que se diferencia un bebé que sea más sano con un bebé  
262 que sea no tan sano, qué cosa puedes notar cuando un niño o una guagua de esta edad  
263 aproximadamente está sana, o que cosas notas cuando no está sana

264 R: ¿en cualquier sentido o en motor?

265 ENTREVISTADORA: cualquiera

266 R: en que a los seis meses ya tratan de agarrar cosas, si un niño de seis meses no lo  
267 hace ya es porque no viene sano po'

268 ENTREVISTADORA: y cómo se vería un niño enfermo, o un niño sano

269 R: claro po' porque el niño de los seis meses hace las cosas, le tienen una cartilla como  
270 un control, y si no lo hace algo está mal po' no sé, en cambio si un niño está sano lo  
271 puede hacer po' cosas motores

272 ENTREVISTADORA: ya. Las mamás a veces tienen que decidir hasta cuando y cuánto  
273 alimento darle al niño y en que momentos darle o quitarle la mamadera, por ejemplo.  
274 Como que a veces uno le permite al niño tomar más y otras veces uno le dice no antes  
275 que la guagua te dé la señal finalmente, ¿cómo es tu experiencia con eso? Tú lo has  
276 hecho así alguna vez o siempre te guías por las señales que ella te da?

277 R: cuando ya empieza a estirar la mano, empieza ya a dar vuelta la cara, empieza a llorar,  
278 ya no quiere más, y ya no le doy más, o sea ahí es cuando me da la señal ya y listo, y no  
279 ya no insisto en darle más comida o darle más pecho, no, hasta que ella ya esté  
280 satisfecha

281 ENTREVISTADORA: y hay momentos en los que se lo quitas antes de que ella...

282 R: no, siempre dejo que ella dé la señal de que no quiere más o ya está lista, o sea ya  
283 está satisfecha

284 ENTREVISTADORA: ¿Hay algo que quisieras... alguna forma de alimentar a tu hija que a  
285 ti te gustaría, pero hay algo que te impide hacerlo como tú quisieras tal vez? ¿O no hay  
286 nada que influya en la forma en como tú alimentas a tu hija como tú quisieras?

287 R: No

288 ENTREVISTADORA: Y por ejemplo el tema de las personas que, de las mamás que  
289 siguen al pie de la letra las instrucciones del nutricionista; ¿Tú crees que hay un tipo de  
290 mamás que les sería más fácil seguir las instrucciones que a otras?

291 R: Yo creo que sí

292 ENTREVISTADORA: ¿A quienes crees tu que les sería más fácil y a quienes más difícil?

293 R: Yo creo que es más fácil cuando uno está en la casa, igual es más fácil... Seguir las  
294 instrucciones al pie de la letra igual es complicado, pero las personas que trabajan o algo  
295 así, que estudian, yo creo que es más difícil llevar el control de las pautas que da la  
296 nutricionista, de la alimentación.

297 ENTREVISTADORA: ¿Son como esos factores más los que influirían?

298 R: claro

299 ENTREVISTADORA: ¿el hecho de estar más tiempo con el bebé?

300 R: (asiente)

301 ENTREVISTADORA: Tú decías también que muchas veces cuando estás en la mesa tu le  
302 dabas... palta, por ejemplo, para que ella vaya probando, y que eso tenía un propósito  
303 detrás que era en el fondo, como que se fuera acostumbrando a distintos sabores; ¿hay  
304 otro propósito detrás de eso? ¿Hay otro motivo por el cual tu decidiste darle cosas que tal  
305 vez no te habían dicho que se la dieras ahora pero que tu se las das también?

306 R: Que cuando sea más grande trate de reconocer algo de lo que uno le va dando,  
307 supongo... cuando uno le va dando tecito... es para que vaya conociendo los sabores,  
308 después no va a ser tan ajeno lo que ella probó...

309 ENTREVISTADORA: Tu crees que algo que deberías darle al año Si no se lo das ahora, y  
310 se lo das al año crees que le va a costar reconocer eso, le va a costar acostumbrarse, o  
311 lo va a rechazar?

312 R: como rechazarlo...

313 ENTREVISTADORA: ¿rechazarlo cómo que no le guste o que le haga mal?

314 R: Como que no le guste

315 ENTREVISTADORA: Como que no... ¿quieres evitar que ella se vuelva mañosa?

316 R: Si

317 ENTREVISTADORA: Es un poco eso. Tu crees que los niños mañosos... ¿como que de  
318 alguna forma influye el que el niño sea mañoso en como uno alimenta o en que cosas le  
319 das y que cosas no?

320 R: sí, sí...

321 ENTREVISTADORA: ¿E influye también, puede que influya también en seguir las  
322 instrucciones del médico o darle alimentación más saludable?

323 R: Si, igual, si, sí influye

324 ENTREVISTADORA: ¿Tú crees que tu hija es mañosa o no es mañosa?

325 R: No , no.

326 ENTREVISTADORA: Y si fuese... En el caso hipotético de que naciera así mañosa  
327 ¿Qué crees que se te habría hecho difícil?

328 R: Las comidas, ya de por sí ella come harto. Si no, no hubiera comido nada, no le habría  
329 gustado nada de las comidas.

330 ENTREVISTADORA: ¿Y que habrías hecho tú ahí? ¿Que crees que... cómo crees que  
331 habrías llevado esa situación? ¿Qué habrías intentado de repente?

332 R: que hubiera hecho... No sé, darle de probar pero no en las horas que le corresponden,  
333 darle de probar en deshoras, para que se vaya acostumbrando.

334 ENTREVISTADORA: En ese sentido, un poquito lo que decías antes, de esto de darle de  
335 ciertos alimentos para que se vaya acostumbrando, en el fondo para que después a futuro  
336 coma más tipos de alimentos, ¿tú crees que estos niños que las mamás alimentan sin  
337 salirse de las reglas, exclusivamente con lo que le dicen en el consultorio, tu crees que  
338 esos niños pueden tener algunas dificultades en ese sentido?

339 R: Si porque ya van a estar acostumbrados a ese tipo de comidas que le dan en el  
340 consultorio, Van a estar acostumbrados a ese tipo de comidas, ya no van a... O sea van a  
341 estar siempre acostumbrados a ese tipo de comidas.

342 ENTREVISTADORA: ¿Después a futuro que crees tú que les puede pasar, o sea qué  
343 dificultades tendrían?

344 R: no sé...

345 ENTREVISTADORA: ¿Cómo crees que a futuro como se vería un niño que fue  
346 alimentado así estrictamente, como le dicen en el consultorio, que la mamá no ha roto  
347 ninguna regla? ¿Cómo se vería físicamente?

348 (Hay interrupción por la niña)

349 ENTREVISTADORA: ¿Crees que habría alguna diferencia con un niño al que le dieron a  
350 probar más cosas que tal vez los médicos decían que no? ¿Crees que no habría  
351 diferencia?

352 R: ...Diferencia, no.

353 ENTREVISTADORA: Tu decías que cuando estabas en la mesa tu le dabas algunas  
354 cosas, paltita, ¿Que otras cosas le dabas?

355 R: El té a veces pide, en la comida darle de probar un poquito de jugo de tomate... no sé  
356 po.

357 ENTREVISTADORA: ¿Y eso es en el fondo porque ella te lo pide?

358 R: Si

359 ENTREVISTADORA: ya y eso es porque te lo pide, pero ¿qué te pasa a ti que decides  
360 finalmente dárselo? ¿Si ella está pidiendo y tu no se lo das que te pasa a ti?

361 R: Ahí uno se siente mal, si ella está pidiendo. No sé, po.

362 ENTREVISTADORA: ¿Te angustia un poquito?

363 R: Si

364 ENTREVISTADORA: ¿Tienes algo más que agregar? ¿Algo que contarnos?

365 R: No, no.

### Entrevista 3

- 1 ENTREVISTADORA: Cuéntame ¿cómo aprendiste a alimentar a tu bebé?
- 2 MJ: Eeem, los primeros días fueron súper difíciles porque él fue prematuro.
- 3 ENTREVISTADORA: Ya
- 4 MJ: Entonces, a partir de que no tomó pecho de inmediato eeem, él no tenía ni ganas de  
5 tomar, entonces los primeros días fue difícil. Ya después sí, a parte que era tan chico que  
6 me daba miedo, de hacer algo mal no sé, tenía miedo. Ya después cambio, hasta el día  
7 de hoy.
- 8 ENTREVISTADORA: Y cómo fue este proceso, ¿alguien te enseñó?
- 9 MJ: Eeem, siempre estuvo presente mi tía, siempre estuvieron mis tías, bueno todos  
10 ayudaron y enseñaron, bueno y mi marido siempre ha sido importante porque él hace de  
11 todo, en caso de que yo no esté, él también hace de todo.
- 12 ENTREVISTADORA: ¿Viven juntos?
- 13 MJ: Sí, vivimos juntos
- 14 ENTREVISTADORA: Y de estas cosas, ¿que cosas no sabías? ¿o qué cosa te complicó  
15 más?
- 16 MJ: Cuando llora mucho, entonces, al principio no sabía porque lloraba, creía que tenía  
17 hambre... pero a veces era para mudarlo, era más ese tema, me ponía como nerviosa.  
18 Cuando tosía también.
- 19 ENTREVISTADORA: ¿Y ahora, en la actualidad también?
- 20 MJ: Sí, lo que pasa es que hace poco fue la primera vez que se enfermó y... igual es  
21 complicado.
- 22 ENTREVISTADORA: Y tú me mencionabas a tus tías y a tu marido que también a veces  
23 te ayudan ¿qué dudas les has planteado, en que situaciones has visto, que has tenido  
24 que pedir ayuda?
- 25 MJ: Por ejemplo ahora estamos hablando que le puedo dar de comer, qué no lo hincha,  
26 para que nada le haga mal a la guatita, porque es muy delicado, como es prematuro, y ahí  
27 yo les pido ayuda, como mi tía también tuvo una hija prematura entonces me ayuda.
- 28 ENTREVISTADORA: Y eso de la diferencia entre un hijo prematuro y uno de término  
29 normal ¿te lo dijo alguien?
- 30 MJ: Es que la guagua de término está más madura, en cambio la prematura no está  
31 totalmente desarrollada, entonces es distinto el tema con las guaguas de término.

32 ENTREVISTADORA: Háblame un poco de tu experiencia en tu familia, ¿hay alguna forma  
33 de alimentar a los bebés, desde antes, que tú identifiques que se mantenga hasta hoy?  
34 ¿O que tú las mantengas?

35 MJ: Lo que pasa es que yo me crié con mi abuela, entonces, las creencias de ella son  
36 mucho más antiguas, como que tiene mas mitos que... aparte, guaguas en la casa hubo  
37 solamente una prima nomás poh.

38 ENTREVISTADORA: ¿Y hay algo de la alimentación de tu hijo o en la forma de alimentar  
39 que tú hayas adoptado de esta experiencia?

40 MJ: Creo que no, creo que no, o sea, todo es totalmente nuevo para mí

41 ENTREVISTADORA: Y bueno, dentro de tu familia, que tú me decías que vivías con tu  
42 abuela, pero por ejemplo, tu familia más extensa ¿Hay costumbres distintas respecto a  
43 cómo se alimentan a los bebés? ¿Hay formas distintas?

44 MJ: O sea por ejemplo todos tienen distintas opiniones y me dicen como que “hácele esto,  
45 hácele esto otro, no le hagai esto”, pero me guió más por lo que me dicen los pediatras  
46 más que nada, confío más en ellos que en lo que me dice mi familia. No me dejo llevar  
47 mucho por lo que me dice mi familia. O sea de ellos les sigo lo de la leche, del agua, pero  
48 lo de la comida, las frutas y otras cosas que tiene que comer me dejo llevar más por lo  
49 que me dicen en el consultorio o la pediatra.

50 ENTREVISTADORA: Y ¿cuáles serían las razones por las cuales una madre debería  
51 preocuparse por la alimentación de un bebé a esta edad?

52 M: Por las infecciones, los virus, que las frutas hay que lavarlas bien, que al principio se le  
53 da cocida, más que nada por el tema de los virus y las enfermedades contagiosas, que  
54 las verduras hay que lavarlas bien por ejemplo, más por un tema de higiene.

55 ENTREVISTADORA: ¿Y qué sabes tú de porqué la alimentación de los niños ha pasado  
56 a ser un tema relevante en los consultorios y en los centros de salud? ¿Cuál ha sido tu  
57 impresión?

58 M: Mmmm, no sé.

59 ENTREVISTADORA: Porque de un tiempo a esta parte hacen más charlas, entregan más  
60 información sobre el cómo alimentar al bebé.

61 MJ: Por el tema de... evitar más a futuro la obesidad y para no darle cosas que puedan  
62 perjudicar su salud.

63 ENTREVISTADORA: De los encuentros que has podido tener con el nutricionista, el  
64 pediatra o la enfermera y que se han referido a la alimentación de tu bebé ¿qué te ha  
65 llamado la atención de lo que ellos señalan o han dicho?

66 MJ: Que por ejemplo, yo lo tengo con pediatra particular, y con ella partimos a los 5  
67 meses con las frutas, y las de acá parten a los seis meses con la alimentación sólida...  
68 eso... es que más que nada por el tema, creo yo... la pediatra me dijo... no sé.

69 ENTREVISTADORA: ¿Y hay otra cosa que te haya llamado la atención?

70 MJ: Que hacen una... que te dan unas cosas, que al otro mes otra cosa, van por etapas,  
71 después por ejemplo vienen las legumbres, cosas que ahora no se les puede dar porque  
72 lo hinchan, como la coliflor, las legumbres van como por etapas.

73 ENTREVISTADORA: Como paulatino

74 MJ: Claro

75 ENTREVISTADORA: ¿Te han parecido estas instancias, que compartes con una  
76 enfermera o con otros profesionales, de que son importantes?

77 MJ: ¿Qué qué es importante?

78 ENTREVISTADORA: ¿Qué te han parecido, te han parecido importantes estas instancias  
79 donde la nutricionista o la pediatra informan?

80 MJ: De todas maneras, sobre todo uno que es mamá primeriza, yo no sabía mucho,  
81 enfrentarme yo sola al mundo con mi hijo no, ellas me ayudan, yo siempre estoy  
82 informándome de qué puedo hacer, de que si le pasa esto qué le hago, es como una  
83 orientación.

84 ENTREVISTADORA: ¿Y te ha pasado alguna vez que lo que te dicen en el consultorio no  
85 calza con lo que tú crees, piensas o has estado haciendo respecto a la alimentación de tu  
86 hijo? ¿Cómo que pienses que no te hace sentido, o haces otra cosa?

87 MJ: No, no me ha pasado. Ah con el tema del agua sí, cuando nace te dicen que no le  
88 des agua, porque según ellos es malo... pa mí, pa mí tomar agua no es malo, sino que a  
89 lo mejor ellos lo veían desde el punto de vista de que si toma agua, se llena de agua la  
90 guata y no va a seguir bien su alimentación, pero que digan que es mala no me calza.

91 ENTREVISTADORA: Y tú ¿en qué momento le comenzaste a dar agua?

92 MJ: Desde que nació, siempre estuvo tomando agua y... igual comía bien

93 ENTREVISTADORA: ¿Y qué fue lo que te impulsó a introducir el agua? ¿agua sola?

94 MJ: Agua cocida, agua de hierba, manzanilla, lo que pasa es que como es tan delicado de  
95 la guatita, le doy.

96 ENTREVISTADORA: ¿Y qué te impulsó a darle?

97 MJ: Ahí me decían cosas en mi familia, algunos me decían que no le diera agua porque...  
98 bueno me explicaban ese tema y otras me decían que le diera nomás y por lo menos yo,

99 desde que le doy agua nunca le ha pasado nada. Claro sí que no le hecho azúcar ni nada,  
100 si no lo necesita.

101 ENTREVISTADORA: ¿Y has visto alguna ventaja en la introducción del agua por  
102 ejemplo?

103 MJ: Cuando está enfermo sí, o sea se mejora más rápido cuando está con fiebre.

104 ENTREVISTADORA: Bueno, tú me has dicho que el agua es un tema que no calzaba,  
105 ¿hay otra situación?

106 MJ: No

107 ENTREVISTADORA: Y en este caso por ejemplo, ¿prevalció tu postura, la de tu familia?

108 MJ: Es que como te digo a mí me decían que era malo dar agua y yo opino que no es  
109 malo, por lo que vi, que no es malo.

110 ENTREVISTADORA: ¿Y en el consultorio te decían que era malo, pero te daban algunas  
111 razones...?

112 MJ: No, me decían que le podía hacer mal

113 ENTREVISTADORA: ¿Cómo describirías tú a un bebé sano? ¿Qué es para ti un  
114 bebé sano?

115 MJ: O sea cuando yo veo que mi hijo que está bien es porque está contento, se ríe todo el  
116 día, juega, te habla, o sea te hace muecas. Cuando está enfermo no hace nada, llora todo  
117 el día, no tiene tanto movimiento. Cuando está bien se mueve, juega, no llora pa na

118 ENTREVISTADORA: ¿Y cómo describirías tú a un bebé enfermo?

119 MJ: Eeeem, mi hijo se ha enfermado una sola vez gracias a dios, pero...

120 ENTREVISTADORA: ¿Qué imagen podrías tener de un bebé enfermo?

121 MJ: Eeeem, la cara le cambia al tiro, se le achican los ojos, está más delicado, está como  
122 quieto, como mirando, así como mirando pero que no ve nada.

123 ENTREVISTADORA: ¿Alguna otra característica que tu pudieras identificar de ese  
124 bebé enfermo?

125 MJ: Yo encuentro que están más sensibles.

126 ENTREVISTADORA: ¿Cómo más sensible?

127 MJ: Se ponen a llorar al tiro, se ponen más delicados.

128 ENTREVISTADORA: Cómo por el llanto

129 M: Sí

130 ENTREVISTADORA: ¿Qué diferencias crees que existen entre un bebé saludable y uno  
131 poco saludable? ¿cómo los podrías diferenciar?

132 *(Silencio prolongado. La madre hace un gesto que indica que no sabe)*

133 ENTREVISTADORA: Que tu digas “ah, este bebé se ve saludable” o quizás, a diferencia  
134 de uno que dices “ah, este bebé no es saludable”.

135 *(La madre vuelve a manifestar un gesto de no saber qué responder)*

136 ENTREVISTADORA: ¿Cómo crees tú que son los bebés que llevan una dieta basada  
137 exclusivamente en lo que proponen en el consultorio?

138 M: ¿Qué cosa?

139 ENTREVISTADORA: ¿Cómo te imaginas tú que sería un bebé en que su dieta se basa  
140 exclusivamente en lo que dicen en el consultorio, o en lo que dicen los profesionales de la  
141 salud?

142 M: Yo lo veo más por el peso, porque por ejemplo tengo una amiga que tiene una guagua  
143 de un año y o sea pesa mucho más de lo que debiera pesar y por ejemplo le dan cosas  
144 que no debería comer, como los dulces por ejemplo, que una guagua no debería comer y  
145 ella se los da y él está más grande, no representa la edad de un niño de un año de edad y  
146 está muy sobrepasado de peso, conozco otra guagua que cuando tenía dos años pesaba  
147 lo que pesa él.

148 ENTREVISTADORA: ¿Y por ejemplo, estas mamás que siguen las instrucciones al pie de  
149 la letra? Por ejemplo que en el consultorio le dicen que tiene que darle esto, esto, esto y  
150 esto y no se salen de esta dieta ¿Cómo te imaginas que serían estos bebés?

151 M: Eeeem, están bien en el peso.

152 ENTREVISTADORA: ¿Y otras características que podrías identificar en ellos?

153 MJ: No sé

154 ENTREVISTADORA: ¿Y cómo te imaginas que este bebé, alimentado al pie de la letra,  
155 podría ser en el futuro?

156 *(Silencio Prolongado)*

157 MJ: No sé, sano, sin muchas complicaciones en la salud creo yo, pero por el tema de la  
158 alimentación.

159 ENTREVISTADORA: ¿Habría algunas otras características de este niño en el futuro que  
160 sigan las pautas alimenticias al pie de la letra? ¿Cómo podría ser? ¿Alguna imagen que  
161 se te venga?

162 MJ: No sé

163 ENTREVISTADORA: ¿Cómo imaginas tú que son los bebés a los que se los alimenta  
164 agregándole algunos alimentos que no son recomendados por los médicos?

165 MJ: Mmmm, es que yo creo que eso es relativo, porque a algunos les cae mal algunas  
166 cosas y a otros no les cae mal, por ejemplo si yo a mi bebé le diera legumbres ahora  
167 estaría enfermo, porque sufre de la guatita, estaría muy hinchado. Yo creo que es más  
168 relativo eso.

169 ENTREVISTADORA: Ya ¿y cómo te imaginas tú a estos niños, que a diferencia de los  
170 otros, aquí sí se permite introducir otro tipo de alimentos, cómo te imaginas a este bebé?

171 MJ: No sé

172 ENTREVISTADORA: Y este bebé ¿cómo podría ser en el futuro?

173 *(Silencio prolongado)*

174 ENTREVISTADORA: ¿Qué características tendría?

175 M: No sé, pienso en mi amiga, que le da cosas que no son recomendables para el niño y  
176 engorda bastante, bastante, y bueno no sé, tendrá tendencia a tener más diabetes... no  
177 será tan sano.

178 ENTREVISTADORA: ¿Qué otras formas de alimentar a niños de esta edad conoces  
179 tú que sean distintas a las tuyas?

180 M: Mmmm, formas de alimentar, eeem, no sé.

181 ENTREVISTADORA: Y estas otras formas que me decías tú de tu amiga por ejemplo, de  
182 tus tías... ¿qué te parece por ejemplo estas formas de alimentar, como la de tu amiga?  
183 ¿Hay una diferencia con tu forma?

184 M: Yo creo que lo de ella es más un tema de flojera, cuando el bebé está llorando le da  
185 dulces, yo cuando mi hijo está llorando me pongo a jugar con él

186 ENTREVISTADORA: Y... por ejemplo, a partir de lo que comentas de las prácticas de tu  
187 amiga ¿hay alguna razón por la que tú no lleves a cabo estas prácticas de alimentación?  
188 ¿Por qué no las llevas a cabo?

189 M: Por un tema de salud, por lo que me dicen en el consultorio, no sé.

190 ENTREVISTADORA: Ya. Aunque algunas mamás se preocupan de la alimentación  
191 adecuada de su bebé y tienen claras las instrucciones de la guía nutricional o lo que los  
192 profesionales le han recomendado, de todas maneras a veces es más difícil mantener  
193 esta línea, ¿Por qué crees que es más difícil, o cuando es más difícil para estas mamás  
194 seguir esta línea que dicen los profesionales de la salud?

195 M: No sé, por ejemplo yo siempre he seguido los consejos que me han dado en el  
196 consultorio y mi hijo nunca ha estado en sobrepeso y no se me ha enfermado casi nada.  
197 Nada de sobrepeso ni bajo peso.

198 ENTREVISTADORA: Ya, y estas otras mamás, ¿a que mamás que se les dificulta seguir  
199 lo que les dice la nutricionista, la enfermera?

200 MJ: A lo mejor las guaguas son más hambrientas o no sé

201 ENTREVISTADORA: ¿Por qué a esas mamás se les dificulta? (Silencio prolongado)  
202 ¿Qué hace que no puedan seguir estas recomendaciones?

203 MJ: Por ejemplo, quizás siempre... los bebés en general... bebés de tres, dos meses  
204 comen esto, otros comen más de lo que deberían comer, no todos los bebés son  
205 iguales... entonces yo creo que va más por ese tema... otros por ejemplo comen menos,  
206 no sé... depende del peso que debe tener el bebé también.

207 ENTREVISTADORA: ¿Y tú consideras que....?

208 MJ: (Interrumpe) Es que por ejemplo el otro día fui a control y la pediatra me pregunto que  
209 cuanto estaba tomando y le dije 150 y no queda con hambre y me dijo que no, que  
210 debería estar tomando entre entre 180 y 210, y yo se que si le doy eso la va a dejar  
211 botada, pero yo lo veo más como algo general.

212 ENTREVISTADORA: ¿Tú crees que hay diferencia entre cada bebé?

213 MJ: Sí y también por ejemplo mi hijo que nació prematuro, es distinto a otros niños de 6  
214 meses, no come todo lo que debiera a esa edad.

215 ENTREVISTADORA: ¿Tú bebé estaría tomando menos leche de la que...?

216 MJ: (Interrumpe) de la que debiera un niño de 6 meses...pero igual eemm... es por el  
217 tema de que si le doy más leche me la va a dejar botada porque no va a querer más.

218 ENTREVISTADORA: y tú dices que tú hijo queda bien, ¿cómo te das cuenta tú de que  
219 tú hijo queda bien?

220 MJ: en el tema de que no queda llorando, por ejemplo cuando queda llorando es porque  
221 tiene hambre o se le pasa la hora y si yo le doy más de la que el quería o me pide por  
222 ejemplo va a quedar ahí, cuando le hago 150, me toma 120, entonces si le doy 180 , mas  
223 es lo que va a dejar.

224 ENTREVISTADORA: Como que él hace algo, como que rehúsa (interrumpe)

225 MJ: Claro, cuando no quiere más leche, empieza a jugar con el chupete, entonces no  
226 saco na' de darle mas leche de lo que él está tomando.

227 ENTREVISTADORA: y en ese aspecto como lo que prima es como tú visión

228 MJ: en este tema, sí, de la leche.

229 ENTREVISTADORA: y hay algún otro aspecto de la alimentación de tú hijo que...

230 MJ: Antes puede ser por el tema del horario, por ejemplo antes me decían que el niño  
231 tenía que estar comiendo cada 4 horas y mi hijo a las 2 y media, 3 horas ya estaba  
232 llorando porque tenía hambre. El horario y que a las 7 de la mañana la leche , que a las  
233 11 la fruta, que después esto y esto y cada 4 horas y mi hijo no pasaban ni 3 horas y ya  
234 estaba llorando. Ahí también me salía un poco.

235 ENTREVISTADORA: y ahí tú lo alimentabas

236 MJ: claro, cuando ya era mucho, ósea estaba llorando ya, estaba llorando con cuática ahí  
237 le tenía que dar, salirme del horario y alimentarlo.

238 ENTREVISTADORA: Y ¿cómo se reconoce esto de ya, tengo que darle porque tiene  
239 hambre?

240 MJ: porque le hago todo y no (risas) y no quiere y empieza, o sea es que es esa, es que  
241 uno que tiene guagua ya va aprendiendo, el porqué llora, ya uno sabe que no puede ser  
242 el pañal porque recién lo mude, no está hecho, entonces eso, se diferencian una guagua  
243 cuando tienen hambre, es diferente el llanto, eh, es diferente.

244 ENTREVISTADORA. ¿Qué recomendación de la nutricionista o del médico respecto de  
245 la alimentación del bebé, te gustaría seguir y no has podido realizarla? Algo que se te  
246 dificulte seguir.

247 MJ: No me acuerdo, hago todo, por ejemplo ahora no lo puedo alimentar porque está  
248 enfermo, hace poco estuvo enfermo, entonces no puedo empezar a darle la alimentación,  
249 pero no no, siempre me guío por lo que dicen.

250 ENTREVISTADORA: Y en el caso de dar alimentos, cuando comentabas en que el niño  
251 estaba llorando, ¿qué hubiese pasado si no le hubieras dado, en esos momentos?

252 MJ: Eeeh, estaría llorando con cuática, estaría mañoso, rabioso.

253 ENTREVISTADORA: Y ¿qué te pasaría a ti con eso, con esa situación?

254 MJ: Eeeh, incómoda, o sea es que no me gusta verlo llorar.

255 ENTREVISTADORA: Y el por qué, o ¿qué pasa si el niño llora?

256 MJ: A mí, por ejemplo no me gusta verlo llorar por algo que yo puedo solucionar, ya que  
257 llore porque está enfermo y no puedo hacer nada más, pero que llore por hambre, no me  
258 gusta. Si tiene hambre tiene que comer no más, no porque este llorando lo voy a dejar, no  
259 tiene que llorar, no.

260 ENTREVISTADORA: Porque si lo dejamos... (Interrupción)

261 MJ: Va a seguir llorando.

262 ENTREVISTADORA: Antes estábamos hablando de las recomendaciones de los  
263 profesionales de la salud, y te quería preguntar ¿a qué tipos de mamás les sería más fácil  
264 seguir las recomendaciones? ¿Cómo son las mamás, que características tienen las  
265 mamás que le son más fácil seguir las recomendaciones de los profesionales?

266 MJ: mmm, no se.

267 ENTREVISTADORA: ¿Como qué características tendrían estas mamás, si tú pudieras  
268 darle, tú darle características, cómo serían estas mamás que no tienen dificultades para  
269 seguir las recomendaciones de los profesionales?

270 MJ: yo creo que eso no pasa por las mamás, pasa mas por la, por ejemplo, yo, yo creo  
271 que pasa más por la alimentación, pero mi hijo está llorando y no me voy a quedar ahí a  
272 esperar que pasen las 4 horas para alimentarlo de nuevo, o sea igual pasa por las  
273 necesidades del hijo, de la guagua. Yo trato de alimentarlo así, pero o sea pasa más por  
274 él.

275 ENTREVISTADORA: Y, o sea, que podría hacer la mamá al respecto

276 MJ: no sé.

277 ENTREVISTADORA: Y ¿cómo serían las mamás que les es más difícil seguir las  
278 instrucciones, que características, como te imaginas a las mamás?

279 *(Silencio prolongado)*

280 ENTREVISTADORA: Que les cuesta seguir las recomendaciones, que no

281 *(Silencio. La madre expresa gestualmente no saber qué responder)*

282 ENTREVISTADORA: ¿Qué hace que a esas mamás les cueste seguir? ¿qué puede ser?

283 MJ: No sé.

284 ENTREVISTADORA: Hay mamás que deciden cuando y cuantos alimentos le dan a su  
285 hijo y a veces permiten darle más comida y otras veces les permiten dejar algo ¿Cómo es  
286 tú experiencia con esa situación?

287 MJ: ¿En cuánto a las porciones?

288 ENTREVISTADORA: Claro. En que las mamás a veces insisten en darle mas comida al  
289 hijo, y otras simplemente pueden dejar. ¿Cómo ha sido tú experiencia con esto de las  
290 cantidades, de cuando darle?

291 MJ: La verdad es que no me salgo mucho de la, ya la, la fruta que empecé a darle, las  
292 porciones son de compota y no quiere, no se lo come todo y se lo guardo, se lo doy mas  
293 tarde, pero siempre se lo doy, ya si no quiere más, no quiere más se lo dejo para mas

294 tarde, si no tiene hambre y después se lo vuelvo a servir. Primero le doy la fruta y  
295 después le doy la leche, la mitad de la leche y así.

296 ENTREVISTADORA: Eh, si no quiere comer , se lo das después en la tarde,

297 MJ: Igual se lo doy, igual se lo come

298 ENTREVISTADORA. O sea se lo termina comiendo en el día. ¿Y cómo reconoces tú esta  
299 saciedad? Si él no quiere se lo come después.

300 M: ¿Que no quiere mas la comida?

301 ENTREVISTADORA: Sí.

302 MJ: Empieza a botar la comida (risas), la empieza a votar.

303 ENTREVISTADORA: ¿Y en qué momentos decides nuevamente dárselos?

304 MJ: Ya cuando pasa un tiempo de que no comió y si queda con hambre y se lo doy y si  
305 queda con hambre de nuevo le hago la leche. O sea con hambre denuevo ahí le hago la  
306 leche. Le digo ya es mejor que el almuerzo no se lo coma más, pero cuando me pida  
307 denuevo ahí se lo doy.

308 ENTREVISTADORA: Y tú decías denuevo cuando tenga hambre, es un nuevo horario o  
309 cuando le toca comer?

310 MJ: Sí, cuando le toca.

311 ENTREVISTADORA: Y ahí introduces la compota que dejo y además, la (interrupción)

312 MJ: La leche que le toca po, claro. Pero no toda la leche, si comió un poco de compota, ya  
313 un poco menos de leche, no si al final se la come igual, en otro momento no mas. (risas).

314 ENTREVISTADORA: ¿En que cosas te fijas o consideras para dar o no dar a tú hijo  
315 ciertos alimentos. En que te fijas para dar unos alimentos y no otros?

316 MJ: En que me fijo yo. En los alimentos que no lo vaya a hinchar, lo único que me fijo, en  
317 esos para el estomago.

318 ENTREVISTADORA: ¿En qué otras cosas te fijas o en qué momentos consideras también  
319 dar unos alimentos por sobre otros? Si existe alguna diferencia o a partir de tú  
320 experiencia, que tú dices ya en este momento le doy tal alimento.

321 MJ: Puede ser más en la noche, que en la noche no le doy nada dulce, por un tema de  
322 dulce, se ponen más inquietos mas hiperactivos (risas)... esas cosas trato de dárselas  
323 mas en el día, la fruta en el día, a la hora que le corresponde.

324 ENTREVISTADORA. ¿Y cómo sabes que tipo de alimentos dar habitualmente?

325 MJ: Bueno, todavía no empieza a comer bien, pero me conseguí en la sala cuna, una  
326 minuta y ellos van ordenando, o sea por día del mes, o sea hay una especie de minuta de  
327 todo el mes. Cosa de que si ayer le di esto, hoy día no se lo voy a dar y le voy a dar otras  
328 cosas, se va mezclando las cosas, no se va comiendo todos los días lo mismo, es una  
329 minuta.

330 ENTREVISTADORA: ¿Y cómo escoges esos alimentos que se dan de modo excepcional,  
331 esos alimentos, esos extras. Alimentos que uno les da una vez a las miles? ¿Introduces  
332 estos alimentos que se dan esporádicamente?

333 MJ: Yo creo que pasa más por un tema de que vaya comiendo cosas nuevas, pero que a  
334 lo mejor en ese momento no le conviene estar comiendo mucho, pero que pruebe. Por  
335 ejemplo de repente, el otro día le di a probar manjar, o sea le di a probar en el chupete.

336 ENTREVISTADORA: Y ¿en que momentos ocurre eso de darle algo extra?

337 MJ: Cuando de repente estoy en la mesa, estoy almorzando, o estoy comiendo algo y  
338 está mirando, ya un poco de esto. O de repente ya estoy comiendo algo nuevo que para  
339 él no lo ha comido le doy de probar, pero tarde mar y nunca.

340 ENTREVISTADORA: Ya, y eso cuando tú estas almorzando (interrupción)

341 MJ: Claro, porque ahí está más pendiente de lo que, nos ve comiendo y empieza a llorar  
342 al tiro, por un tema de...

343 ENTREVISTADORA: Y que pasaría si no le dieras a probar

344 MJ: Nada po, no pasaría nada (risas), no creo que pase, no.

345 ENTREVISTADORA: Y a ti que te pasaría si (interrupción)

346 MJ: Y además por el tema de que cara pone, a ver si le gusta o no le gusta, pa ir, para ir  
347 viendo más que nada, pero no, o sea si yo no le doy no creo que le afecte mucho, porque  
348 eso no le va a afectar porque no son cosas que debiese comer, es más para que vaya  
349 probando sabores.

350 ENTREVISTADORA: Y tú decías que claro cuando está en la mesa de repente estaba  
351 ahí y se pone a llorar, es lo mismo con el llanto que tú decías hace un rato (Interrupción)

352 MJ: Claro

353 ENTREVISTADORA Yo te quería preguntar como es que, porque tú decías “claro no  
354 puedo dejarlo de que lllore”, y me gustaría preguntarte un poco, que es lo que piensas que  
355 es lo que sientes o que es lo que crees que podría ocurrir si por ejemplo, o que te pasa a  
356 ti si lo dejaras ahí llorando, por ejemplo cuando están en la mesa.

357 MJ: Trato de que no, son comidas que no debería estar comiendo él, trato de llamarle la  
358 atención con otras cosas, por ejemplo no sé, mostrarle el móvil, que no se preocupe de lo  
359 que uno está haciendo en la mesa, sino que, pero con la alimentación es distinto, porque

360 si tiene hambre hay que darle, pero cuando está en la mesa puede ser por un tema de  
361 mañoso.

362 ENTREVISTADORA. Y qué pasa con estas mamás, que claro cuando están en la mesa,  
363 en las comida y acercan al bebé y dan de probar también lo que hay en la mesa y no  
364 pueden dejar de darle lo que hay en la mesa y no pueden negarle, ¿qué crees tú que les  
365 pasa, por qué no pueden?

366 MJ: no sé, es que a mí también me ha pasado con algunos alimentos.

367 ENTREVISTADORA: ya

368 MJ: que por, a él le encanta el limón, si le encanta y de repente ya se lo saco y lo dejo que  
369 pruebe, se lo saco de nuevo y se pone a llorar, y ahí ya lo pesco, lo saco al patio, que  
370 mire otras cosas y ahora si lo dejan ahí y no quieren quitarle, ahí no se. Porque no  
371 porque el quiera uno va a darle.

372 ENTREVISTADORA: y que pasaría como tú dices le doy a probar por los sabores. Por  
373 qué es importante para las mamás.

374 MJ: no sé, (risas). Yo creo que por un tema de uno, pasa más por uno.

375 ENTREVISTADORA: ya

376 MJ: es como cosa de uno, no sé. Es que una le permite esas cosas, por un tema de uno  
377 de que, ya yo le doy esto porque a mi me gusta, no se es más por ese tema, no es que  
378 coman cosas que necesiten no.

379 ENTREVISTADORA: ¿Porque en alguna oportunidad le has dado de probar cosas que a  
380 ti no te gustan?.

381 MJ: No (risas)

382 ENTREVISTADORA: Por eso cuando le das de probar...(interrupción)

383 MJ: Claro, o sea a mí me encanta el limón, le doy, pero cosas que a mí no me gustan  
384 hasta el momento no se lo he dado, pero si lo necesita se lo tengo que dar, pero cuando  
385 esta en la mesa, alimentación que no va conmigo no, esas cosas no, porque no soy muy  
386 buena pa comer.

387 ENTREVISTADORA: Ya y respecto a la alimentación que tiene que comer, como tú me  
388 decías que eras bien mañoso, ¿hay alimentos que hayas dejado de lado, que a ti por  
389 ejemplo no te gusten y que tengan que estar en la dieta de tú hijo?

390 MJ: no

391 ENTREVISTADORA: no entra tú inclinación (interrupción)

392 MJ: Claro, pero no porque yo no coma, no se lo voy a dar a él. Si es necesario se lo voy a  
393 dar, claro que yo no voy a probar su comida (risas), pero no se lo voy a negar.

394 ENTREVISTADORA: Entonces estaría relacionado un poco mas con estos extras, con  
395 esos alimentos que se dan de vez en cuando, que no corresponden como a la dieta. Esas  
396 instancias en que das alimentos que a ti te gustan, ¿son regulares, en que momentos, con  
397 que frecuencia se dan. Hay algo que oriente?

398 MJ: En la once siempre como que, pero en el almuerzo no, en la once, es que el almuerzo  
399 tiene mas aliños, cosas mas que no debe comer, pero en la once hay mas cosas como la  
400 mermelada, de repente, no es de todos los días. Una vez a las quinientas le doy.

401 ENTREVISTADORA: Y cuando decides darle, esa vez.

402 MJ: Cuando esta muy pendiente de lo que uno hace, o sea cuando ya está mirando la  
403 cuchara, esta así (realiza gesto de inclinación) ya se lo doy.

404 ENTREVISTADORA: Y en estas instancias que le das, tú dices que está muy pendiente,  
405 ¿qué crees que le puede estar pasando o pensando el bebé?

406 MJ: Están todos comiendo y yo no (risas), no se, me imagino, no se. Por qué todos comen  
407 y a mi no me dan, yo creo que mas por eso, me imagino yo, si estoy viendo y están  
408 comiendo algo enfrente mío y están todos comiendo y yo no, es

409 ENTREVISTADORA: y que te pasa a ti con eso

410 MJ. Me siento mal, así que toma, (risas). No se yo creo que pasa por eso, porque estoy  
411 comiendo y el niño no y te mira y te sentí mal po. Siendo que yo estoy comiendo algo rico  
412 y tú me estoy mirando y toma un poco, cachai, por eso.

413 ENTREVISTADORA: ¿Y de qué manera las características del bebé, esto si es mañoso o  
414 difícil influyen en la manera en que se alimenta?

415 MJ: Yo creo que influye harto, porque yo soy súper mañosa, entonces cuando era chica  
416 me servían algo y no quería y al otro día me hacían otra cosa, como que se iban  
417 amoldando a lo que yo quería y no podía comer otra cosa, pero yo creo que pasa más por  
418 un tema de voluntad, por ejemplo mi hijo no quiere de eso pero le hace bien, ya se lo, se  
419 lo muelo y que pase piola pero se lo doy.

420 ENTREVISTADORA: Ya

421 MJ: No se lo quito de su alimentación.

422 ENTREVISTADORA: Pero no hay variación de la alimentación, cuando un niño es medio  
423 mañoso o irritable, hay alimentos que se varíen o se cambien. ¿Hay algunas cosas que se  
424 hagan o alimentos distintos de acuerdo a las características del niño?

425 MJ: (Señal de negación)

426 ENTREVISTADORA: Y en otras mamás ¿has visto u observado si estas características  
427 de los hijos influyen en como alimentan a sus bebés?

428 MJ: Por ejemplo mi amiga que tiene una hija más grande, si hay algo que no le gusta a su  
429 hija no se lo da no más, no trata de hacérselo de otra forma, como que no hacen el  
430 intento.

431 ENTREVISTADORA: Y en las ocasiones en que tú bebé esta medio irritable, ¿hay  
432 alimentos que se dejen de dar o alimentos que incluyas en esas ocasiones? ¿hay  
433 alimentos como especiales para esas situaciones?

434 MJ: no, puede ser la cantidad a lo mejor.

435 ENTREVISTADORA: ¿cómo es eso de la cantidad?

436 MJ: si esta muy odioso, no quiere muchas cosas, se le da un poco menos, pero yo que  
437 cambie la alimentación por ese día, no.

438 ENTREVISTADORA: o por esos momentos

439 MJ: claro, no, no se la cambiaría.

## Entrevista 4

1 ENTREVISTADORA: Me gustaría que me contaras ¿cómo fue que tú aprendiste a  
2 alimentar a tu bebé?

3 A: a ver, yo no aprendí, hasta el día de hoy no sé alimentarlo (risas), es que soy súper  
4 buena pa' meterle de todo pa' dentro, mira el M. no comió nada hasta los 6 meses,  
5 solamente leche materna, nada más, nunca le tuve que dar un relleno, ni nada más,  
6 ninguna otra cosa, era solamente leche materna y agua, aunque los doctores decían que  
7 era malo darle agua, porque decían que no había que darle agua porque la leche tenía de  
8 todo, pero yo igual le daba agua, siempre ha tomado agua, hasta hoy, y ahora también,  
9 puede tomarse una mamadera llena de agua, eso hasta los 6, meses, y después seguí la  
10 dieta que me decía el doctor, primero era súper rígida con la dieta, me dijeron que había  
11 que darle verduras básicas, como zapallo, zanahoria, papas, zapallo italiano y espinacas.  
12 Entonces me dijeron que le diera esas verduras y posta de vacuno y pechuga de ave,  
13 nada más, nada extra, nada, nada más, y yo, mi mamá me dijo sabí qué el niño cuando  
14 tenía 9 meses, 8 meses, por ahí, llevaba dos meses comiendo y se seguía tomando las  
15 papas en la mañana, pero siempre pero súper ordenado, después que yo a los seis  
16 meses, el mismo día que le di la primera comida le corté la leche, cachai, y ahí le empecé  
17 a dar la *nido 1*, porque ni siquiera tenía que darle *nan*, de pura leche nido me llegó a los  
18 12 kilos y tenía 6 meses, con pura leche, cachai, no tomaba nada más, no comía pancito  
19 ahí, porque ahora típico te pide un pan, te pide de todo, pero ahí nada, pura leche nido y  
20 pesaba mucho, entonces me empezaron a hinchar por el kilo, que el corazón, que todas  
21 esas cosas, ya po' así que le quité la leche, aparte que como yo venía a clases se me  
22 hacía complicado porque era súper complicado tener que salir a sacarme, cachai,  
23 entonces le corté la leche. Y...como a los nueve meses mi mamá me dijo, "sabís que,  
24 vamos a darle cena, aunque el médico no diga" y empezamos a darle cena a las 7, y la  
25 misma porción que el almuerzo, a la cena, y le quitamos una leche, obvio. Ahora sigue  
26 con esa misma dieta, se toma la leche a la hora que despierta, almuerza a las doce, se  
27 toma la leche a las cuatro, cena a las siete y se toma la última leche antes de dormirse,  
28 como a las diez y media, diez. Pero ahora sí, ahora yo le doy galletas de champagne y  
29 toda esas cosas, porque ya está más grande, ya puede comer, aparte que M. se ha  
30 estabilizado hartito en el peso, o sea ahora imagínate, a los seis meses pesaba 11 kilos  
31 seiscientos si no me equivoco, no tengo el carnet, pero pesaba como once kilos y algo, y  
32 ahora pesa trece, cachai, entonces en el lapso de tiempo ha subido súper poco de peso,  
33 entonces yo no encuentro que no... porque todos dicen que no, porque el niño está gordo,  
34 que el niño está gordo, el M. está gordo, pero el viene con un sobrepeso que no era por  
35 cachureos, y ahora come pan, de repente tomate, y esa es más o menos la dieta de M.

36 ENTREVISTADORA: Y, ¿Quién crees tú entonces que en todo este trayecto te ha  
37 enseñado a alimentar a tu hijo?

38 A: Yo soy súper, súper obstinada, cachai, yo no le hago caso a nadie. Por ejemplo, mi  
39 suegra, yo viví con mi suegra, viví como 5 meses con mi suegra, y ella era así, que la  
40 comida sin sal, que la leche como con 2 cucharadas por cada una leche, entonces era  
41 como súper rígida, que no comiera pan, que no comiera galletas, que no comiera nada el  
42 niño porque iba a subir de peso, cachai, y yo le daba, le echaba sal a la comida igual,  
43 porque ella le daba la comida sin sal, que la sal engorda, que la sal le hace mal, que el  
44 niño se va a morir si come sal, y no, yo le doy la comida como yo quiero y como yo creo,  
45 cachai eh... y no que el niño no tiene que comer pan porque lo hincha porque la levadura,  
46 entonces no, yo lo hago a mi modo. Pero en lo que sí, confío más en el gusto de mi

47 mamá, porque como que mi mamá es más abierta de mente, igual que yo, cachai que mi  
48 mamá no le prohíbe na' al niño, y tampoco yo le voy a dar una marraqueta completa de  
49 pan al niño pa' que se coma, pero no importa que coma la mitad medio batido (pan), y  
50 bueno, mi mamá es así, es súper relajada para que M. coma, no le pone atados con que  
51 pique a deshoras, que un yogurt, que un plátano, cachai

52 ENTREVISTADORA: O sea, ¿tú estás más abierta a seguir los consejos de ella porque  
53 piensa como más o menos parecido a ti?

54 A: claro, en cambio como ella es mi polo opuesto, mi suegra cachai, yo me allego a mí, a  
55 mi idea, bueno, y yo soy la mamá po', así que mala suerte por ella

56 ENTREVISTADORA: Y en esto de aprender a alimentar a M., ¿qué es lo que se te ha  
57 hecho más difícil? ¿Qué es lo que crees tú que te ha costado más aprender?

58 A: ¿darle?

59 ENTREVISTADORA: Si, o negarle o...

60 A: ahhh, es que yo no le niego nada (risas), se me hace difícil decirle que no porque es  
61 tan regalón, si es tan lindo, entonces yo, por ejemplo cuando ya...es que tampoco es que  
62 coma tanto, por ejemplo no pide más comida, él se come su porción y queda bien, y  
63 frutas, siempre me pide más, y de estas cosas (bebida, coca-cola) toma súper poco, onda  
64 le doy, de eso se toma un vasito chiquitito, y no toma más que eso, y cuando pica, alguna  
65 galleta, nunca he tenido que decirle que no a algo porque él quiera más, más, más, pero  
66 todos me dicen que el pan, que tengo que darle más poco, él se puede comer la mitad de  
67 un batido, y igual es harto pal' tamaño que él tiene, cachai, pero es que le gusta tanto el  
68 pan (risas), entonces no puedo negarle, a parte que es poquito, una vez al día, porque así  
69 no come chocolate, nada de esas cosas. Ahh y galletas, las únicas galletas que come son  
70 las galletas de champagne.

71 ENTREVISTADORA: O sea ¿eso es lo que más te cuesta, como negarle algunas cosas?

72 A: claro, negarle las cosas más que tener que darle, en general no tengo problemas pa'  
73 darle, de lo que yo esté comiendo siempre le doy

74 ENTREVISTADORA: Y ¿por qué crees tú que te cuesta tanto negarle el pan, por  
75 ejemplo?

76 A: ay porque no me gusta que me mire él comer, o sea yo no puedo comer si él me está  
77 mirando, a parte que él es tan feliz cuando come, es muy feliz (risas), entonces a mi me  
78 gusta que él sea feliz. Y no, más me cuesta negarle las cosas que dárselas, por lo general  
79 yo me estoy comiendo una galleta y toma la mitad, me estoy comiendo un frugelé y la  
80 mitad

81 ENTREVISTADORA: y ¿ha habido alguna vez en la que has tratado de no darle lo que él  
82 te está pidiendo, o siempre vez que te lo pide tú se lo das?

83 A: no es que por ejemplo, él nunca llega como a pedirme cuando yo estoy haciendo la  
84 comida, él me lo pide cuando ve que alguien está comiendo, así que si yo estoy comiendo  
85 una galleta ahí le doy la mitad, como nunca me ha costado tener que decirle que no  
86 cuando él quiere, cachai.

87 ENTREVISTADORA: pero ¿nunca te has propuesto por ejemplo no darle lo que él te  
88 pide?

89 A: no porque me da pena, no porque en realidad no pueda, porque si yo se lo niego, se lo  
90 niego, por ejemplo una noche me dio la impresión que le dolía la guatita, y había comido  
91 harto pan ese día, se había comido fácil un batido completo, entonces dije a lo mejor le  
92 hinchó el pancito la guatita, entonces ahí ese día, no le di pan, y no, no pidió tampoco él,  
93 cachai

94 ENTREVISTADORA: ¿y si te hubiese pedido ese día?

95 A: a si, si le hubiera dado, es que me roba el corazón

96 ENTREVISTADORA: respecto a la experiencia en tu familia, ¿hay alguna costumbre, o  
97 algo como típico en la manera de alimentar a los bebés, que tú has como repetido o  
98 transmitido a la alimentación de...

99 A: los horarios más que nada, cachai, porque tiene el mismo horario que nosotros  
100 teníamos para comer. Mi mamá me dijo: "esa hora es buena hora, porque es temprano,  
101 alcanzan bien las horas tres cuatro, tres cuatro, entonces no sé po', yo me guié por eso.  
102 Aparte son parecidos a los del resto, no sé si te diste cuenta en la reunión que eran  
103 parecidos a los de casi todas los horarios, y eso que a mi el médico no me dijo  
104 personalmente a esa hora dale la leche, a esa hora dale el almuerzo, a esa hora dale la  
105 cena, ni nada, yo lo hice, porque yo, de acuerdo a lo que me decía mi mamá. Y a mí me  
106 parece bien en todo caso, si yo no hubiese estado de acuerdo, lo hubiese hecho a mi  
107 parecer no más

108 ENTREVISTADORA: y eso lo adaptaste de lo que ella te dijo

109 A: claro, porque nosotros tres comíamos a esa misma hora

110 ENTREVISTADORA: y ¿hay alguna otra costumbre, por ejemplo algún alimento en  
111 particular que a ustedes les daban cuando chicos y que tú por ejemplo le das a tu hijo?,  
112 algo que tú sepas

113 A: mmm, no, lo que pasa es que yo aquí le cocino yo al M. y yo le cocino puras verduras y  
114 carnes, y verduras y pescado, verduras y frutas y verduras y pollo cachai, y esas cosas  
115 po', y el M. no come otras comidas que no sean las que yo le hago, cachai. Ahora, mi  
116 mamá también le hace pero con las mismas cosas que yo le hago, verduras, no come  
117 fideos, no come nada de esas cosas

118 ENTREVISTADORA: y en las cosas como extras tú me decías que él comía la única  
119 galleta...

120 A: la galleta de champagne, o de mantequilla

121 ENTREVISTADORA: y ¿eso de adonde vino?

122 A: la galleta de champagne, ehheh no sé, creo que, no me acuerdo quien me dijo, pero es  
123 por los dientes del bebé, las otras no se deshacen tan fácil, pero si, viene de mi familia,  
124 pero no me acuerdo quien me lo dijo, lo que pasa es que todo el mundo, es como de

125 conocimiento público que las guaguas comen de esas galletas, yo no tenía idea, pero  
126 cuando a M. le empezaron a salir los primeros dientes, que le empezaron a salir como a  
127 los cuatro meses, ahora ya tiene casi todos sus dientes, tiene las muelas, los colmillos,  
128 tiene todo...

129 ENTREVISTADORA: ¿y hay algo, alguna costumbre que de repente tal vez alguien te  
130 haya dicho de tu familia que la siguieras o alguien te dio la idea y a ti no te pareció mucho  
131 y no la seguiste no más?

132 A: de mi familia no, mira, el M. ahora, con la edad que tiene tendría que comer legumbres,  
133 cachai, y todavía no le he dado legumbres, no, sii si le di legumbres, le di garbanzos, a mí  
134 no me gustan, no quería darle, pero después pensé y él no tiene que ser como yo po' que  
135 soy súper mañosa pa' comer legumbres, como puras lentejas, no me gustan ni porotos, ni  
136 garbanzos, ni arvejas, ni ninguna de esas cosas, cachai, y yo no le quería dar, pero al  
137 final se los di, y se los comió re bien. Pero mi suegra quería que se los diera sin ehh...

138 ENTREVISTADORA: ¿el hollejo?

139 A: con eso, cachai, que es malo, que la cuestión, que se les pega en la guata, que el niño  
140 no digiere, y mi mamá me dijo:” A. yo nunca se lo saqué ni lo pasé por el colador y a  
141 ustedes nunca les pasó nada, y nunca se han enfermado”, mmm, cachai?

142 ENTREVISTADORA: ahí no seguiste lo que decía tu suegra e hiciste lo que te dijo tu  
143 mamá

144 A: si, (risas) siempre le hago caso a mi mamá

145 ENTREVISTADORA: y respecto tu suegra por ejemplo, a la familia de tu pareja, ¿hay algo  
146 que hayas tomado de la familia de....

147 A: a ver, es que ellos son muy cuáticos, es que mi suegra sobre todo, no sé si es que es  
148 cuática o es que de verdad es que ella lee mucho, cachai, pero a veces se informa por,  
149 que es súper anticuada pa' pensar, que hay que sacarle las pepas al zapallo italiano, que  
150 la parte de adentro del zapallo italiano no se come, cachai. Yo al M. le doy el zapallo  
151 italiano completo cabía, se lo pico y la zanahoria se la rallo, cachai, pero no ando que hay  
152 que sacarle, que al plátano hay que sacarle las pepas, a ese nivel, entonces yo me  
153 estreso, cachai. Yo hago todo a mi modo, pero no encuentro que, yo me como el plátano  
154 completo y no me pasa nada, y él tiene un organismo que se está formando, y si empieza  
155 que no puede comer esto, que el niño no puede comer esto otro, al final el niño no va  
156 comer nada después. Entonces, casi no tomo recomendaciones de allá porque son tan  
157 rígidos en ese sentido, más que está medio gordito, viven que no coma esto que no coma  
158 lo otro, en realidad no tomo ninguna recomendación de la parte de allá, porque son  
159 cuáticos, cuáticos.

160 ENTREVISTADORA: tú dices que tú le das todo, por ejemplo las cosas que tu suegra dice  
161 que tienes que tener cuidado...

162 A: no, es que ella dice que no hay que dárselas, no que hay que tener cuidado, le saco la  
163 pura parte de afuera al zapallo italiano, pero ella no deja casi nada po'

164 ENTREVISTADORA: a ya. Oye A. ¿Cuáles crees que serían las razones, así a modo  
165 general, por las cuales una mamá tiene que preocuparse de la alimentación de su hijo?

166 A: porque en el fondo es la base po' de la salud del bebé, por ejemplo, si tú ves que tu  
167 bebé no come, y tú lo dejas que no coma, tu hijo se desnutre, y no tiene fuerzas, y  
168 después no tienen defensas, cachai, para no enfermarse, a mi hijo por ejemplo, no le  
169 entran piedras

170 ENTREVISTADORA: ¿tú dices que el tema de la alimentación está como ligado a que él  
171 tenga buenas defensas?

172 A: a las defensas, salud y que esté bien de ánimo, cachai, y todas esas cosas. Yo creo  
173 que va todo de la mano de lo que el niño come, si el M. no comiera yo creo que no tendría  
174 ganas ni para levantarse ni para correr ni para todo lo que él hace

175 ENTREVISTADORA: ¿por qué crees tú que el tema de la alimentación de los bebés así  
176 como tu hijo, a pasado a ser un tema tan importante en el consultorio y en los hospitales?

177 A: porque yo creo, lo que pasa es que ahora se da hartito lo de la comida chatarra, a lo  
178 mejor puede ser, y los niñitos ahora son tan gordos, pero M. no come nada chatarra, si lo  
179 único que come chatarra es pan y entre comillas no es tanto tampoco porque tiene  
180 nutrientes y toda la cuestión...

181 ENTREVISTADORA: pero a bebés así como chiquititos como de 6 meses en adelante,  
182 ¿por qué crees que hay tanta preocupación?

183 A: mmm, a ver por qué podría ser, no sé a lo mejor, la verdad es que no sé, no sé por  
184 qué, pero sí lo toman hartito lo que el niño come, yo creo que más que nada por el tema  
185 del peso, porque como ahora hay una alta tasa de obesidad en niños así chiquititos como  
186 de 1 año en adelante, cachai. Pero antes, por ejemplo a los niños que son de leche  
187 materna, nada, no le dicen nada, el niño puede pesar 100 kilos y ellos no le pueden decir  
188 nada, cachai, porque es leche materna. En cambio si el niño de 3 meses, 4 meses, toma  
189 relleno, y el niño es muy gordo, qué hacen, le quitan el relleno, y así, y son así de rígidos  
190 cachai. Porque el M. imagínate, pesaba como 11 kilos y tenía 6 meses, 5 meses, era una  
191 bola, pero no le decían nada porque era pura leche materna, y obviamente dicen, no se le  
192 puede quitar la leche al niño, pero si es relleno, empiezan, que le den la leche más, a más  
193 horas, cachai, o menos cantidad, más líquida y todo eso. Pero, por eso te digo, todo es  
194 relativo porque tu puedes ir al consultorio y decirles no, mi hijo toma leche materna y ¿tú  
195 creí que ellos van a saber la diferencia entre que el niño tome leche materna o que tome  
196 *nan*? ninguna es la diferencia, cachai. Entonces yo creo que mientras los niños sean así  
197 chiquititos, lactantes todavía, no es mucho lo que ellos pueden decir, porque ellos se  
198 guían por lo que la mamá les dice, no el niño no come nada más que esto, no le pueden  
199 decir nada. Pero si uno empieza que el niño no puede comer esto y hace caso en todo lo  
200 que le dicen, si al final son súper pesados, súper, súper pesados. El M. tenía una dieta en  
201 que tenía que comer al día como un cuartito de comida, y mi hijo se muere de hambre con  
202 eso, (risas) entonces yo le doy no más, yo que lo vi que el M. sin comer nada fue así, y  
203 ahora encuentro que se ha estabilizado cualquier cantidad

204 ENTREVISTADORA: ¿esa fue la razón por la que tú no siguieras mucho esa dieta que te  
205 dieron?

206 A: no yo no seguí la dieta, nunca, nunca seguí la dieta porque la encontré rara realmente,  
207 porque cómo te explicas tú cachai que el niño pueda pesar 11 kilos y no le digan nada  
208 porque era leche, y onda, 7 meses después pesa un kilo más y ahí está muy grave cachai  
209 y tiene que bajar 3 kilos de peso, porque estaba en 3 kilos de sobrepeso, pero cuando  
210 estaba más chico estaba en como más 5, me entendí, entonces no le encontré sentido,  
211 así que no lo sigo

212 ENTREVISTADORA: y esto por ejemplo, que te dijeron en el consultorio no te cuadró, por  
213 lo tanto tú no lo seguiste

214 A: no, porque no le encontré ningún sentido

215 ENTREVISTADORA: ¿ha habido otra recomendación o alguna otra cosa que te hayan  
216 dicho respecto a la alimentación que no te haya hecho sentido, no te haya calzado con lo  
217 que tú piensas o lo que estabas haciendo hasta el momento?

218 A: mmm no, es que al M. siempre me lo han puesto a dieta, siempre me han dicho que el  
219 niño está gordo, que está obeso, mórbido. La otra vez me decían que el niño no podía  
220 comer yogurt, que no había que darle, pero le doy igual porque a veces no tengo fruta y  
221 tengo que darle, porque igual es sano entre comillas, cuanto tendrá, las mismas calorías  
222 que una fruta, y eso igual es sano, dentro de lo que cabe prefiero darle eso a no darle  
223 nada

224 ENTREVISTADORA: o sea, ¿nunca seguiste las dietas que te daban?

225 A: al principio si porque cuando me dieron la dieta de lo que podía comer esa la seguí,  
226 respecto a lo que el niño puede comer, todo bien, pero cuando empiezan con lo que no  
227 puede comer, que esto no puede comer, ahí me dejo llevar por lo que yo pienso, si yo  
228 creo que algo puede hacerle mal, como el chocolate por ejemplo, que nunca le he dado,  
229 pero por ejemplo los helados igual los ha comido, entonces también de repente dicen  
230 demasiado cachai, y no hay pa' que ser tan drástico si es un bebé po'

231 ENTREVISTADORA: o sea, respecto a las cosas que te dicen que el niño no puede  
232 comer, ahí prima más...

233 A: lo que digo yo, si porque por ejemplo también dicen que no podía comer repollo, que  
234 era muy flatulento, betarraga, nada de eso, pero betarraga igual le di, rallada, porque le  
235 sirve po', le sirve para la sangre. Lo que a él le pueda servir un poquito, yo se lo doy igual

236 ENTREVISTADORA: ¿y el repollo por ejemplo?

237 A: no eso no se lo di porque no era necesario y le puedo dar cualquier otra cosa que  
238 tenga vitamina D? parece

239 ENTREVISTADORA: o sea tú analizas en estas situaciones...

240 A: claro, le puedo dar no sé, espinaca, cachai, acelga, que tiene más o menos las  
241 vitaminas parecidas y las complemento, porque sí, el repollo es flatulento por lo que yo he  
242 leído

243 ENTREVISTADORA: o sea, respecto a las recomendaciones que te dan, la última palabra  
244 siempre la tienes...

245 A: siempre la tengo yo, si, pero por ejemplo yo soy súper objetiva, si viera que el niño  
246 come que galleta, que helado, que chocolate, que dulce, que koyac, que bebida, que jugo,  
247 cachai, yo se lo quito, si yo veo que mi hijo está una bola de grasa, y que él hubiera sido  
248 delgado y que empezó a comer comida y engordó, yo se lo quito, te juro por dios que se  
249 lo quito. Porque a mi parecer, yo razono y encuentro que no está gordo, para lo que él  
250 debería pesar está gordo, pero con lo que él come yo encuentro que está súper bien

251 ENTREVISTADORA: y de los encuentros que has tenido con, no sé, la nutricionista, el  
252 pediatra o la enfermera, cuando han hablado del tema de la alimentación, ¿hay algo que  
253 te haya llamado la atención?

254 A: mmm, que son todos gordos (risas), no aparte de eso, que todos van a lo mismo, si yo  
255 voy al control niño sano ahora último a doctores particulares, porque todos es lo mismo, o  
256 sea no ven que el niño está sano, que el niño no se enferma, que el niño nada, que el  
257 niño es inteligente, que el niño es despierto, el M. camina desde los ocho meses,  
258 entonces el M. tiene otras cosas, que está sumamente desarrollado, y no, ellos se van al  
259 tiro a que el niño es gordo, es gordo, el niño es gordo, por eso no me gusta, me carga.  
260 Uno a lo único que va es a escuchar que mi hijo está gordo, que está gordo, que no le dé  
261 esto, que no le dé esto, que no le dé esto, que no le dé esto, cachai. Yo voy para saber...  
262 no sé para que voy, en serio. Si el niño se enferma lo llevo al médico, no tengo necesidad  
263 de ir al consultorio pero igual voy para que después tenga derecho a dentista y todo eso,  
264 pero yo terminé por aburrirme, mi mamá me dijo que lo veía venir, porque a ella le pasó lo  
265 mismo con mi hermana, ella que es tan flaquita, ella comía mucho pero como tenía asma  
266 desde chiquitita vomitaba mucho y una vez fue al médico y la nutricionista le dijo que tenía  
267 que darle la leche con azúcar, más fideos, más arroz, más papas, todas las comidas con  
268 papas, entonces mi mamá, cómo le iba a dar, cómo, la nutricionista, con estudios está  
269 diciendo que tiene que darle la leche con 5 de azúcar para que la niña engorde, entonces  
270 a veces son, no sé, a veces son tan...

271 ENTREVISTADORA: ¿te recalcan lo negativo?

272 A: no se dan cuenta de lo bueno, sólo de que el niño está gordo, y me ha pasado también  
273 varias veces con lo médicos particulares, no solamente en el consultorio. Una vez lo llevé  
274 hace poco, porque tenía laringitis, y lo llevé porque estaba con una tos re fea, lo llevé y el  
275 médico me dijo no, el niño está bien, hay que darle un jarabe solamente, el real problema  
276 ¡es que el niño es gordo! , y lo mandé a freír monos, en serio, le dije: “ sabe qué que yo  
277 sepa usted no es nutricionista” y me dijo que tenía que darle leche svelty, me entendí, es  
278 ilógico si es una guagua como le voy a dar una leche que es totalmente descremada, con  
279 cero calorías, que en el envase aparece una mina toda delgá con una huincha, yo lo miré  
280 y me dijo “yo tengo cuarenta años en mi trabajo en lo que yo hago” y yo lo miré y le dije  
281 “no se le nota mucho caballero” y me fui (risas), me entendí, porque a veces pueden  
282 llevarse mucho por lo que ellos piensan y no saben en realidad bien. Yo nunca le voy a  
283 dar leche svelty a mi hijo, nunca, si tiene que comer bien po', tiene que comer sano,  
284 cachai

285 ENTREVISTADORA: ¿Y tú crees que la leche con más calorías para los bebés, o sea con  
286 más, una leche entera es más...

287 A: O sea no entera, la nido uno que le doy es semi descremada, pero no le voy a dar  
288 leche svelty que es totalmente descremada y que le quita todo lo que es todas las grasas,  
289 todo, todo, ¿me entendí? Entonces también necesita algo de esa parte de la leche,

290 imagínate si se toma una mamadera de leche svelty, va a pasar 1 hora y va a estar  
291 muerto de hambre, y qué, le voy a dar otra, y otra y otra y al final va a ser lo mismo que yo  
292 le dé una mamadera que lo deje satisfecho

293 ENTREVISTADORA: y ¿hay algo de todos estos encuentros que te haya servido o que  
294 hayas encontrado importante?

295 A: ehhhh mmm, es que en el fondo son, uno sabe, solamente porque es obvio que uno  
296 tiene que saber que la alimentación tiene que ser completa, que tenía que tener hartito que  
297 es verdura, hartito que es fruta, hartito... y yo por ejemplo no le doy arroz, y así yo creo que  
298 va a ser hasta los dos años, así le tenga que hacer 3 años comida especial, le hago  
299 comida especial, porque quiero que él esté bien sanito, todos sus huesitos bien fuerte  
300 todo. Pero algo que haya sido así como realmente importante, yo creo que la primera  
301 dieta que me dieron fue como lo único que tomé de las dietas que le han dado al M. y  
302 cuando me han ido diciendo que ya puede comer pescado, ves que le dan, ahora puede  
303 comer esto, yo le doy. Cuando me dicen, no le dé de esto porque es mucho y yo  
304 encuentro que en realidad le puede hacer mal, no le doy, hay cosas como las que te  
305 decía, el repollo lo de la cebolla, cosas que lo podían hinchar, por qué, porque cuando yo  
306 estaba embarazada me decían lo mismo, no comía ningún condimento que no fuera sal, y  
307 una cucharada de aceite, porque lo podía hinchar, le podía hacer este, yo no tomaba  
308 bebida, nada en el embarazo

309 ENTREVISTADORA: tú dices que la primera dieta que te dieron fue la más importante,  
310 ¿Cuándo te la dieron?

311 A: a los seis meses

312 ENTREVISTADORA: y ¿tú crees que ese es un buen momento para que te den esa  
313 indicaciones?

314 A: ehhh si, si yo creo que si, o sea había escuchado antes que los niños a los 6 meses  
315 empezaban a comer, y lo había leído en libros, en libros de mamás que me habían  
316 regalado, entonces sabía, sabía hartito, pero yo creo que es una buena edad

317 ENTREVISTADORA: y, antes del embarazo, a los 6 meses, ¿en qué minuto consideras tú  
318 que tú tuviste por ejemplo más necesidad de saber cómo alimentar a tu hijo?, fuera de la  
319 leche materna

320 A: ehhh, es que en realidad sabes que nunca me preocupé tanto de que, uy el niño iba a  
321 empezar a comer, sino que de hecho yo no le había ni tomado el peso de que iba a dejar  
322 la leche, nada, sino cuando el médico me dijo oye el niño ya está en edad de empezar a  
323 comer cuando el niño tenía como 5 meses, y cuando lo llevé al control de los 6 meses  
324 cachai ahí ya recibí la información.

325 ENTREVISTADORA: Y si tuvieras que imaginarte ¿Cómo describirías tú, a un niño sano?

326 A: ¿A un niño sano... completamente sano? Que juegue, que se ría, que coma (con  
327 énfasis), que haga sus necesidades, que dependa de la edad que vaya teniendo...

328 ENTREVISTADORA: un bebé hasta el año, por ejemplo

329 A: que claro, que diga mama, papá...que empiece a tratar comunicarse... eso es  
330 importante, para ver que el niño no vaya a ser autista... hay que ver los problemas  
331 mentales... que empiece a tratar de comunicarse con el resto, que empiece a reconocer  
332 sus partes... un niño sano... sobre todo que ría... Yo creo que donde más se refleja que  
333 el niño está sano es cuando el niño se ríe, cachai...y se mueve y juega, yo creo que más  
334 ahí se ve que está sano.

335 ENTREVISTADORA: ¿Y un niño enfermo?

336 A: Y un niño enfermo... en el minuto en que... yo creo que se nota en los ojitos, están  
337 como decaído, también que no comen... No comen, duermen mucho, no sé el M, nunca  
338 ha dejado de comer cuando esta enfermo, nunca.

339 ENTREVISTADORA: ¿Y como te das cuenta que está enfermo?

340 A: Es que el M. cuando se enferma tose, él de lo que más se enferma es de pechito, se  
341 ha enfermado varias veces del pecho, con bronquitis, entonces le suena el pechito, así...  
342 y tose... Primero empieza a toser, después... obviamente uno se da cuenta de que está  
343 enfermo, así que cuando el niño empieza con tos yo lo llevo al tiro para que se le pase la  
344 bronquitis. Estuvo como 3 meses con bronquitis y no se la podíamos quitar, estuvo con  
345 kinesiólogo, lo lleve a como a tres cuatro kinesiólogos. No los podíamos contar. Así que  
346 Yo me doy cuenta ahí, porque el M es súper sano, no tose, no estornuda, nada....  
347 Entonces cuando empieza a toser... El M. es súper ronco para hablar entonces no puedo  
348 distinguir cuando dice mamá, si está enfermo...así es bien de hombre... Yo me doy  
349 cuenta porque o tose, o de repente porque está muyyy... cuando se le tapan las narices  
350 se enoja, ahí anda idiota, no le puedes decir ná... no deja que lo mudis, que ná... nada...  
351 entonces cuando está muy enojón porque se le tapan las narices y yo empiezo, porque no  
352 es alérgico el M, entonces cuando se le tapan las narices es porque está resfriado., y ahí  
353 me doy cuenta.

354 ENTREVISTADORA: ¿Que diferencia crees tú que hay entre un bebé saludable y un  
355 bebé poco saludable?

356 A: Ahí tiene que ver con el peso, es increíble, pero, pero los bebés cuando son los bebés  
357 chiquititos... cuando... la mayoría de los bebés se enferman porque no comen, porque no  
358 tienen defensas, po, si la leche materna, o el *nan*, que es lo que se les da cuando son  
359 bien chiquititos, me entendís, es lo que les da las defensas a los bebés, si los bebés...  
360 eh... esa cuestión tiene una cantidad impresionante, y la leche es amarilla, amarilla  
361 espesa, es como un yogurt, espesa, espesa, espesa... entonces se nota que viene todo,  
362 todo, para... todas las defensas para el niño... entonces sería obvio que se enferma si no  
363 come... entonces cuando ves a un niño que no está gordo es porque come menos pu...  
364 entonces ahí son más sanito...

365 ENTREVISTADORA: ¿Más saludable...?

366 A: Claro.

367 ENTREVISTADORA: Y el niño poco saludable sería el más flaquito

368 A: Más flaquito... Claro

369 ENTREVISTADORA: ¿Como te imaginas tú que serían a futuro estos bebés que son  
370 alimentados exclusivamente por lo que le dicen en el consultorio, de las mamás que  
371 siguen al pie de la letra lo que le dicen en el consultorio?

372 A: Yo creo que, las personas, las mamás... No sé, yo me pongo en el caso de mamá. Yo  
373 encuentro que las mamás que deben seguir esas dietas, deben ser súper pocas, deben  
374 ser poquísimas las mamás; ese día ¿te acordái en la reunión?, ninguna seguía al pie de  
375 al letra lo que dice el doctor, porque se prohíben demasiadas cosas, cosas que tú sabes  
376 que tú sabes que a tu hijo no le van a hacer mal. Bueno, si llegase a haber una,  
377 probablemente no sería enfermo, no sería gordo, pero probablemente también se  
378 enfermaría... o también estaría propenso a subir o a bajar de peso también, porque a lo  
379 mejor está muy, muy restringidas las comidas que le dan, y bajaría de peso, imagínate.  
380 Pero yo creo que son mínimas las mamás que siguen al pie de la letra lo que dice el  
381 nutricionista, porque tú sabes como son, si no es por una cosa, es por otra cosa.

382 ENTREVISTADORA: ¿Y a futuro, los niños que ya están más grandes, como crees que  
383 serían, como se verían?

384 A: A lo mejor se verían sanos, a lo mejor se verían muy flacos... a lo mejor se vería... No  
385 creo que gordos, definitivamente no creo que gordos, es que igual, tú ves que la mamá  
386 puede controlar ¿hasta que edad?, hasta los 5, 6 años... pero la mamá sólo puede  
387 controlar lo que come hasta los 6, 7 años no más, y el nutricionista los ve hasta los 7, 8  
388 años...

389 ENTREVISTADORA: Y al contrario, los bebés que según tú son la mayoría... los que se  
390 alimentan no tan al pie de la letra, sino que están mezcladas algunas cosas que... que los  
391 médicos no recomiendan quizás, ¿Cómo crees tú que serían a futuro esos... esos bebés?

392 A: Es que a ver, yo creo que podrían ser sanos hasta...hasta por ejemplo, igual no todo  
393 tiene que ser excesivo -me entendí- porque hay mamás que se van al extremo que le  
394 dan... todo el día le meten comida al niño, me entendí, entonces el niño no juega todo el  
395 día, entonces a la hora que yo como el niño no come y si yo no como el niño no come, a  
396 sus horas nomás. Entonces hay mamás están metiéndole todo el día comida al niño, el  
397 niño llora es comía, el niño llora es comía, comía, comía. Yo conozco varias... hay casos  
398 que yo conozco, pero mira si necesitái una... yo tengo como a ver fácil 20 niñas que son  
399 mama fácil cachai, entonces yo conozco que no que cualquier cosa es el dulce, que  
400 cualquier cosa es el jugo, la bebida, la galleta. Que el niño llora y es que tiene hambre,  
401 siempre tiene hambre y no siempre tiene hambre, no siempre los niños tienen hambre es  
402 que están aburridos, tienen sueño.

403 ENTREVISTADORA: ¿y en ese caso por ejemplo?

404 A: Y en ese caso los niños van a ser gordos, obvio, pero eso también es impredecible  
405 porque el niño sea de contextura delgada y el niño nunca engorde, el niño cuando sale al  
406 mundo, nunca va a engordar tanto como un niño que tenga dependencia a engordar

407 ENTREVISTADORA: Tú me decías que si las cosas no recomendadas se dan en poca  
408 cantidad, ¿no habría consecuencias?

409 A: Claro, porque dicen no le des pan, no le doy pan... no hace diferencia, pero en una  
410 comida, ¿quién come pan?, la mitad de uno en la mesa, entonces uno le puede dar pan y

411 juega, le podís echar manjar, margarina incluso, más que eso no se come... tampoco es  
412 la gran cantidad de pan para que haga la diferencia, uno puede comer tres batidos, y  
413 nadie te engorda 6 kilos, me entendís... entonces, no sé él lo asimila así...

414 ENTREVISTADORA: ¿y hay formas de alimentar a bebés de esta edad que tú conozcas  
415 pero que sean distintas a las formas en que tu alimentas a tu hijo?

416 A: ¿cómo formas?

417 ENTREVISTADORA: en ciertos alimentos, ciertos horarios...

418 A: mmmm... es que no sé, es que casi siempre, la mayoría le tiene que dar verduras, es  
419 que como... en general, es que eso se le da cuando son más chiquititos, pero por  
420 ejemplo, tengo una amiga que le empezó a dar legumbres a la guagua como de los 6  
421 meses, le da porotos... es una bomba para el estómago, para uno, imagínate para un  
422 bebé.... Entonces en esas cosas, de repente se queda espantada por lo que las mamás  
423 le dan a al guagua...

424 ENTREVISTADORA: Y por ejemplo, esa práctica que hace tu amiga, ¿Qué te parece a ti?

425 A: es que... es que es lógica, no le podís dar... es como si, es lo que estaba diciendo  
426 antes, no le podís dar al bebé... no sé po... congrio, me entendís. No sé... Es estresante,  
427 si es una guagua, me entendís, tenís que ver las cosas que les podís dar y las que no, po.  
428 Por lógica. Me entendís... dos dedos de frente tenís que tener pa saber que a una guagua  
429 no le podís dar un plato de porotos, cachai. Es demasiado pesado para un bebé, muy  
430 pesado.

431 ENTREVISTADORA: oye A, Aunque, por ejemplo hay mamás que se preocupan de  
432 siempre alimentar a su bebé, y tienen claras las instrucciones de lo que deben darle y que  
433 no deben darle... pero a veces es difícil quedarse apegada a esa línea, ¿porqué crees tú  
434 que pasa esto, que cuesta cumplir con las recomendaciones al pie de la letra?

435 A: Porque uno cuando es más grande, uno sabe que hay cosas que son ricas, que uno  
436 encuentra ricas, entonces dice: ahhh, cómo no lo va a encontrar rico la guagua, entonces  
437 si tú sabís que, que tú estás comiendo una galleta tú, una galleta, rica, la galleta, y ves al  
438 bebé que está comiendo una manzana, o no sé, una zanahoria, obviamente que vas a  
439 querer darle algo que endulce... de repente uno tiene ganas de comer un.. un... una  
440 memelada po, me entendís. Entonces yo creo que es más por... porqué a uno le gusta,  
441 que también tiene que gustarle, porque es rico...

442 ENTREVISTADORA: Y frente a eso, a este mismo tema, ¿cuando crees que es más fácil  
443 apegarse a las reglas, a las recomendaciones y cuando crees que es más difícil?

444 A: mmm. Yo creo que... a ver, yo creo que es más fácil, por ejemplo, apegarse a las  
445 reglas, cuando la guagua es difícil pa comer, porque si le vai a dar una dieta, si la guagua  
446 no come, aunque tu le vayai a dar el mundo la guagua no va a comer, cachai. O también  
447 es difícil cuando lo único que te recibe son otras cosas, ¿cómo le vas a dar una dieta  
448 cuando la guagua lo único que te recibe es pan? Pan, o es o no le das nada, o le dai pan,  
449 me entendís. Yo creo que también va como... en como sea la guagüita...

450 ENTREVISTADORA: el carácter del bebé, por ejemplo, el que sea un niño mañoso o  
451 difícil, ¿influye en las cosas que la mamá le puede dar o no dar, o los momentos en los  
452 cuales lo alimenta?

453 A: El tema de la leche es súper complicado, por ejemplo yo tengo amigas, que no han  
454 tenido leche y las guaguas no quieren la mamadera, no quieren y no hay forma de  
455 dársela, hay que dársela con jeringas... bebés que han estado con relleno, y que no  
456 quieren otra cosa, y no es que a ellas le enseñaron que no se tomaba con mamadera,  
457 nunca tomaron con mamadera, nunca les gustó, y probaron con todos los chupetes del  
458 mundo... Entonces también influye lo que la... porque todos dicen: no, si la guagua no  
459 sabe de gustos. Pero obvio que tienen sus preferencias, si uno le da de probar dos cosas,  
460 obviamente que hay una cosa que les va a gustar más po, cachai. No sé po, eso es lo que  
461 yo digo, que influye ahí, bueno, lo que dice el bebé...

462 ENTREVISTADORA: lo que dice el bebé. Por ejemplo lo que tu decías, que en el minuto  
463 en que tú le das más cosas como fuera de lo recomendado es en el momento de la once  
464 de ustedes, por ejemplo. ¿Eso es lo que para ti es más difícil negarle, esas cosas?

465 A: No, es que no es difícil negarle, pero es que es por personal, no es que el ande todo el  
466 rato ahí pidiendo, me entendís... pero es que yo lo miro, y yo estoy comiendo pan con  
467 palta, pan con margarina, con manjar, con memelada, y todas las... y te está mirando, y  
468 ahí esta jugando con las manito... yo me muero, te juro yo no puedo, yo tengo que darle  
469 algo para comer, cachai.

470 ENTREVISTADORA: oye y existe alguna recomendación que te haya dado el  
471 nutricionista, y que quisieras hacer, ¿pero que por algún motivo no has podido?

472 A: Mmm... No, las recomendaciones por ejemplo que a mí me han dado... eh... las que yo  
473 he tomado.. que yo he tomado, por ejemplo las que he podido hacer, por ejemplo la de la  
474 comida, eh... que los alimentos estén limpios cachai, no me ha faltado por ejemplo... es  
475 que lo que pasa es que el papá por ejemplo, con los alimentos que el niño tiene que  
476 comer... él yo le quiere tener súper prolijo me entendí, entonces lo que el niño me tiene  
477 que comer... siempre hay para darle... siempre hay, entonces por ejemplo no me ha... no  
478 me ha pasado que alguna vez no haya tenido por ejemplo para darle sus verduras y que  
479 haya tenido que meterle fideos me entendí, entonces por ejemplo las recomendaciones  
480 que siempre me dijeron; que tenía que tener verduras, la dieta... dentro de lo que cabe de  
481 la dieta, de lo que el niño tiene que comer, en las comidas, siempre he tenido hartito que  
482 dar en la comidas... No he tenido que meterle ni nada de otras cosas me entendí...  
483 colados, de repente, que no... Que dicen que no son muy recomendables, porque como  
484 están en conserva de tantos días y toda la cuestión. Vez que a veces hemos salido y  
485 hemos estado... nos ha pillado la hora de comer afuera, compramos un colado y se lo  
486 calentamos ahí mismo. Donde venden esas cosas tienen microondas y esas cosas... ¡lo  
487 calientan ahí mismo! Así que es súper práctico. Después se la damos... y es como lo  
488 único que no he podido hacer de repente que es en la comida, que se la tengo que  
489 comprar...

490 ENTREVISTADORA: ¿Y ahí es por un tema de tiempo...?

491 A: De tiempo porque... claro. No porque no haya podido cocinarle... siempre me hago el  
492 tiempo para cocinarle... a veces a última hora llegando y le cocino, porque tenga comidita  
493 fresca. Me gusta que... me gusta cocinarle, pero a él... (risas). Por ejemplo yo comida de

494 grande así, lo único que se hacer es fideos, pero su comida yo le hago... arroz con pollo,  
495 le hago... con pescao, con... con un... con un huevito ahí mezclado, pero...siempre puras  
496 verduras, verduras y algo de carne, o pollo, o carne cachai, o pescadito. Y... pero el  
497 pescado no le gusta mucho, no sé a lo mejor donde le doy muy poca... con muy poca  
498 frecuencia -le doy como cada vez una mes mas o menos-, y... y... y a lo mejor por eso...

499 ENTREVISTADORA: ¿Y en ese sentido a qué mamás crees tú que les puede costar más  
500 seguir las recomendaciones o a cuales se les puede hacer más fácil el tema?

501 A: a ver, más fácil, tener tiempo, las ganas cachai y el tema de plata, un poco, porque, por  
502 ejemplo uno se puede comer un plato de fideos, o se puede comer cualquier cosa cachai,  
503 pero al bebé no po', no le podis dar cualquier cosa, me entendí, al niño no lo podí llevar  
504 a comerse un completo, me entendís, entonces yo creo que hay que hacerse de una  
505 plata mensual que es pa pura verduras pa pura carnecita, pollito, pa fruta, entonces, yo  
506 encuentro que para las personas que tienen más bajos recursos es más complicado,  
507 porque claro, ellos pueden comprarse 5 cositos de fideos que son más baratos y  
508 hacérselos pa todo el mes po cachai, en cambio tení que comprar verduras, ya y nosotros  
509 con el Cristian gastamos como 8 lucas, como 8, 9 lucas en puras verduras, cachai y otras  
510 5 en pura fruta y es para él, para él, cachai ni siquiera es para toda la casa, es para él, yo  
511 le cocino y ya son 2 lucas en zapallo italiano y una luca en zapallo del otro y en papa  
512 cachai, entonces igual es un gasto, un gasto que si tu tienes pocos recursos igual es  
513 triste, pero no imposible, es más complicado...

514 ENTREVISTADORA: claro...

515 A: claro...no es... no es...

516 ENTREVISTADORA: ¿determinante?

517 A: claro, claro, me entendí, no es.... pero es súper complicado en el caso de que uno tiene  
518 por decir, 500 igual de repente igual es plata, si lo veis en el metro, a ver sácalo a 10 mil  
519 pesos, son 41 mil pesos ¡en un guagua! cachai, sin considerar los pañales y la leche y la  
520 ropa y todas esas cosas, entonces igual es complicado. Entonces igual yo creo que plata  
521 y tiempo, porque hay que tener tiempo para cocinarle y toda la cuestión que fácil se te  
522 echa en media hora a 40 minutos, media hora que se cocine y 10 a 20 minutos en que te  
523 preocupí... y eso entonces igual necesitai tiempo.

524 ENTREVISTADORA: Una mamá siempre tiene que preocuparse de cuánto y cuando  
525 darle la comida al bebé y a veces insiste, por ejemplo en darle las comidas y otras veces  
526 por el contrario llega a la conclusión de que hay que dejar de darle las comidas. ¿Cómo  
527 es tu experiencia en esa situación, en qué minuto optas por seguir dándole, en qué minuto  
528 dejas de darle?

529 A: Ya, yo pienso que hay gente que... a mi nunca me ha pasado que me ha rechazado la  
530 comida en realidad, pero hay veces que por ejemplo, como tu viste, yo me doy cuenta  
531 cuando no quiere más, porque tiene sus propias actitudes, cachai, no quiere más no  
532 recibe po, antes me botaba la comida y no me recibía, me hacía así... y tu ves la media  
533 boca que abre cuando tiene ahhh! Entonces, cachai el niño no tiene hambre, el niño no  
534 recibe, no podí seguir metiéndole comida a la fuerza al niño, pero hay niños que son tan  
535 flacos que no comen nada, entonces tení que darle la comida a la fuerza, tení que hacer

536 que el niño coma, si no, se muere. Si po', si la guagua no sabe que si no come se muere,  
537 entonces tu tení que darle la comida a la fuerza y es súper, súper peluo.

538 ENTREVISTADORA: Y en momentos en que te ha pasado eso, que has tenido que  
539 darle...

540 A: Cuando está medio..., cuando tiene sueño no quiere comer, cuando tiene sueño  
541 prefiere dormir que comer. Hay veces que le estoy dando la comida y empieza en la silla.  
542 ¡M. despierta! (aplaude) ¡Come primero! Cachai entonce ahí tengo que dejar de darle, o  
543 tal vez le digo que se termine de comer todo. Y a veces quiere el postre primero, ve que  
544 yo le rallo la manzana antes a veces, a veces se la doy rallada y a veces se la doy entera,  
545 y le voy a dar la comida, (hace ruidos mmm) y no quiere la comida y le doy y empieza...  
546 ¡Ah noo, no hay postre si no hay comida! Y ahí recibe cachai, de mañitas no ma po, que  
547 no quiere comer, que quiere comerse el postre primero.

548 ENTREVISTADORA: Ahí tú insistes en darle la comida primero.

549 A: La comida primero, claro si no come no hay postre, me entendí, pero son pocas veces,  
550 casi nunca me ha rechazado la comida, pero cuando no quiere más yo no le insisto,  
551 porque casi siempre se lo come todo, es muy poco lo que el M. deja de su porción y la  
552 porción yo la designé, porque encuentro que es poco y está como bien para él po', y se  
553 ve, se nota que el niño queda satisfecho con eso, me entendí, porque antes se comía una  
554 tacita, media taza, porque primero la porción es mas chiquita, cuando tiene 6 meses era la  
555 mitad de una taza, cachai, después como a los 8 meses ya era un poquitos más y  
556 después un poquito más y un poquito más.

557 ENTREVISTADORA: y respecto a los alimentos que tú le das y a los alimentos que no le  
558 das, ¿en que te fijas o como determinas tú, como defines que alimento, por ejemplo, darle  
559 a tu hijo?

560 A: ¿De la que corresponde, dentro de la dieta o dentro de lo de afue... de las cosas  
561 extras?

562 ENTREVISTADORA: ¿como escoges que alimentos darle habitualmente?

563 A: eh... claro que no vaya a tener muchas, muchas calorías, cachai, que no vaya a ser  
564 muy artificial, que esté bien conservado, que la fecha de elaboración, por ejemplo no le  
565 voy a dar suflé me entendí, esa cuestión es puro aire, puro aire con saborizante, cachai...  
566 entonces trato de evitar cosas que sean un poco dañinas, pero por ejemplo, las cosas  
567 más... casi siempre come casi puras verduras... o puras frutas, me entendí... y si le  
568 compro un jugo trato que sea natural, me entendí, por ejemplo... y las cosas que... casi  
569 siempre me voy por la más natural, me entendí. Si lo más extra que come es...el pan, es  
570 lo que mas extra digo, me cachai, si de repente salimos le compro un jugo pero que sea  
571 watts que no sea de esos kapo (Marca de jugo artificial) que son puro líquido.

572 ENTREVISTADORA: Y los alimentos que le das de manera excepcional... ¿cómo  
573 escoges esos alimentos?

574 A: Porque si yo estoy comiendo, por ejemplo, no sé po', empaná... uno come y uno le da  
575 de vez en cuando, y no creo que le vaya a hacer mal que uno le de un poquito, cachai, y  
576 le doy. Es casi nada, cachai... nunca voy y le compro, hoy día excepcionalmente le tengo

577 que comprar algo y le voy a dar, sino casi siempre es de lo que yo estoy comiendo, y le  
578 doy, de lo que yo estoy comiendo. No sé, de repente puedo estar comiendo un anticucho,  
579 no sé, ¿entendís? (sic).

580 ENTREVISTADORA: Como que escoges cualquier cosa que estés comiendo tú y le das a  
581 probar...

582 A: Claro, es que igual no le voy a hacer comer, no sé algo que sea picante o algo que le  
583 pueda hacer mal o que no le vaya a gustar también; un turrón de azúcar, un churro, un  
584 pedazo le doy, cachai. Cualquier cosa que a él le vaya a gustar y sea rico; que sea de vez  
585 en cuando no le hace mal, cachai. Casi siempre de lo que yo estoy comiendo. La mayoría  
586 de las veces.

587 ENTREVISTADORA: Ya me habías hablado de esta idea de las defensas, ¿hay algún  
588 alimento que tú se lo des antes de lo que deberías darle, buscando esta idea de que se  
589 haga resistente a este alimento o hacerlo más fuerte y que después, más adelante, no le  
590 vaya a hacer mal?

591 A: No, no, no, no, no, lo único... porque no creo que se vaya a enfermar, por ejemplo,  
592 pero a ver, algo que le diera de lo que me dijeron que no le diera, el pescado creo que era  
593 después de los diez meses, y eso le di hasta, como cuando empezó a comer.

594 ENTREVISTADORA: ¿Y por qué, porque no sabías o tú decidiste darle?

595 A: Para que probara po', en realidad yo sabía que no se le podía dar, pero te lo dicen el  
596 kine, pero le di un poquito, para que probara el sabor diferente, porque ahí como a los  
597 seis o siete meses, recién estaba comenzando a comer po'. Entonces estaba probando  
598 recién los sabores. Entonces le di, para que probara, más que nada diferente... Pero sé  
599 que tiene hartas cosas malas, pero tienen un sabor que favorece... favorable, esa es la  
600 palabra que quería usar.

601 ENTREVISTADORA: ¿Y tú crees que el niño que come de todo tiene como más  
602 beneficios que un niño que tiene una dieta como más restringida?

603 A: Sí, po'. O sea, restringida en el sentido de las cosas... ¿En el sentido de las cosas  
604 chatarras, dices tú?

605 ENTREVISTADORA: No, de cualquier cosa.

606 A: Sí, po', yo creo que un niño que come de todo, de todas maneras, es más sano, porque  
607 en el sentido de que tiene más estómago, cachai, no es muy delicado, porque hay niños  
608 que son alérgicos, como esas cosas, entonces los papás no lo saben, y el niño se  
609 enroncha, o hay veces que es más grave, que no respiran.

610 ENTREVISTADORA: ¿Ytú crees que si se le da o se le empieza a colocar cosas como  
611 más variadas en la dieta se puede evitar que sea alérgico a futuro?

612 A: No, yo creo que, en realidad, yo creo que eso no se puede evitar, porque creo que es  
613 congénito, me parece, pero no... pero otras cosas po', porque no le vaya a dar más  
614 adelante, porque hay otras cosas que entran por la vista, por ejemplo, el niño puede ver  
615 un plato de porotos y no le va a gustar porque son café y feos, pero igual le van a gustar,

616 pero más grande no le va a gustar comer, y no los va a comer no más... o verduras, las  
617 mismas verduras, porque tú le dai un espárrago ahora y se lo coma.

618 ENTREVISTADORA: O sea, que ¿tú crees que es beneficioso para que se vaya  
619 acostumbrando a comer de todo?

620 A: Sí, de todas maneras, o sea, a mí nunca me obligaron a comer y yo comía de todo,  
621 pero yo después caché el hábito. Porque yo después viví con mi papá, y él no me  
622 obligaba a comer nada, entonces comíamos hamburguesas, hasta que un día yo le dije:  
623 "Yo no como nada más de eso", y soy muy mala para comer, si no es arroz o algo  
624 normal, yo no como, yo soy súper mala pa' comer. Así que yo creo que es por un hábito,  
625 por ejemplo, mi pololo come de todo, ¡de todo!, lo que tú le des él come, porque su mamá  
626 le dio legumbres dos veces por semana o una vez por semana, cachai, y la sopa antes,  
627 que la ensalada todos los días, como súper rigurosos en ese sentido, como súper estricta,  
628 cachai, ellos comen de todo, todo les gusta, las guatitas y el cochayuyo, todo eso. Yo no  
629 como nada de eso, que yo era súper escrupulosa, "que el niño va a ser tan escrupuloso  
630 que tú, que no le vai a dar na' de lo que yo le voy a dar al M.", por lo mismo, me entendís,  
631 entonces que el niño se acostumbre, porque ellos siempre han comido de todo; yo no,  
632 entonces... yo no como, yo de verdad no como, me entendís.

## **Anexo 7.**

### **Diseño Focus Group de Expertos**

#### Objetivos:

- Comprobar la concordancia del modelo arribado en las fases previas, con lo observado por otras investigadoras respecto a las prácticas efectuadas por las madres.
- Dilucidar la pertinencia del modelo en cuanto a su utilidad como plataforma para posibilitar el cambio en relación a las prácticas de las madres.

#### Materiales:

- Sala de reunión
- Cámara de video
- Mini DVD
- Data Show
- Presentación en Power Point
- Café y té
- Galletas
- Azúcar
- Vasos térmicos
- Cucharas
- Platos
- Sevilletas
- Termo
- Hervidor

Tiempo: 50 minutos

#### **Metodología**

##### Primera parte: Explicitación del modelo

Objetivo: Presentar el modelo emergente a las participantes.

Tiempo: 20 minutos

#### Descripción:

Se invita a las participantes a ver una presentación realizada con el fin de explicar el modelo emergente de teorías implícitas, a la luz de citas extraídas de las entrevistas de las madres.

### Segunda parte: Discusión

Objetivo: Comprobar el modelo y Dilucidar su pertinencia en cuanto a su utilidad como plataforma para posibilitar el cambio en relación a las prácticas de las madres.

Tiempo: 30 minutos.

#### Descripción:

Se invita al grupo de expertos a exponer sus observaciones sobre el modelo anteriormente presentado, en base a su experiencia y conocimiento en el tema. Para finalmente discutir en conjunto a las asistentes la utilidad y los alcances del modelo expuesto.

#### Cierre

Tiempo: 5 minutos

Se les agradece la asistencia y colaboración de las participantes, y posteriormente se las invita a compartir con café y galletas.

## **Anexo 8.**

### **Descripción Focus Group De Expertos**

Para lograr el primer objetivo planteado, se les comentó a las participantes que se les expondría el modelo de teorías implícitas arribado en nuestra investigación. Para luego dar inicio a la exposición del modelo a las participantes, a través de una presentación en data show.

La explicación del modelo fue realizada de manera parcelada, describiendo cada elemento constituyente del mismo, para luego dar paso mediante la integración de estos elementos, a la explicación del funcionamiento general del modelo arribado. Esto fue realizado a la luz de las citas más representativas extraídas de las entrevistas efectuadas a las madres.

Al mismo tiempo que era efectuada la explicación del modelo por parte de la presentadora, se permitió la intervención, aportes y/o aclaración de las participantes con respecto a los contenidos presentados durante el transcurso de la exposición.

Posteriormente y una vez concluida la explicación del modelo, se invito al grupo de expertos a compartir sus impresiones u observaciones del modelo presentado, en base a su experiencia y conocimiento en el tema. Con esto se pretendía comprobar la concordancia del modelo arribado en las fases previas, con lo observado por las participantes respecto de las prácticas de alimentación realizadas por las madres. Por otra parte se invitó también a discutir en conjunto sobre lo que las participantes consideraban de utilidad, respecto a las propias investigaciones y los alcances del modelo presentado.

## **Anexo 9.**

### **Focus Group De Expertos**

Fecha: Viernes 8 de enero, 2009

Lugar: Sala 5, Escuela Psicología, Universidad de Valparaíso

Participantes:

Ximena Ceballos = XC

Paula Aranguiz = PA

Macarena Allende = MA

Andrea Vallejo = AV

Claudia Ahumada = CA

Rommy Muñoz = RM

Carolina Rivera = CR

Ximena Apablaza = XA

Presentadora: Paula Nájera

PRESENTADORA: primero lo que vamos a hacer es mostrar el modelo al que nosotras hemos arribado como, al cual arribamos a través de la metodología utilizada que fueron focus y entrevistas a madre de niños de 6 a 12 meses de edad respecto a sus prácticas de alimentación y también un poco mas, porque nuestro modelo tiene que ver con las teorías ingenuas que ellas tienen acerca de la alimentación, es decir, que creen ellas, que piensan, que sienten, cómo toman sus decisiones y cuales son sus juicios. Entonces nosotras llegamos a este modelo que es un modelo en el cual tenemos en una parte la teoría que seria esto (hace referencia a la presentación) que proviene de una posición tradicional, una postura tradicional y una postura legitima que proviene del discurso médico pero que nosotros dentro de las entrevistas, del focus nos dimos cuenta de que es un ideal. Por lo tanto sale del continuo y nosotros encontramos en realidad con una teoría

que pasa desde una posición tradicional a un continuo que tiene una fase en transición entre esta postura tradicional, que sería una postura en la cual las madres se guían más por otros aspectos que no se refieren tanto al discurso médico o al discurso salubrista de cómo debería ser la alimentación infantil y una fase en transición en la cual las madres empiezan a seguir más las recomendaciones del médico y siempre intentando que este continuo siga desplazándose hacia el discurso médico, hacia este ideal que los médicos dicen las recomendaciones.

Esta teoría se guía y está influida tanto por la intersubjetividad, la experiencia y otras fuentes, que esto va a influir principalmente en la posición tradicional y también está influida por el mismo discurso médico que acá lo veíamos como un ideal pero que el discurso médico también ayuda a que las madres vayan desplazándose dentro de este continuo.

XC: la percepción que ellas tienen de que este discurso médico es ideal, eso significa que nunca van a llegar a él.

PRESENTADORA: asiente, pero lo que pasa es que cuando nosotras empezamos a ver, primero habíamos echo un continuo que si llegaba al poco legítimo. Nosotras habíamos, dentro de la bibliografía y dentro de los estudios que habíamos hechos, habíamos echo un primer continuo que estaba desde un polo tradicional hasta un polo legítimo y nos fuimos dando cuenta de que las madres consideran de que esta legitimidad absoluta es imposible.

XC: *asiente*

PRESENTADORA: que sí, hay madres que siguen mucho las recomendaciones del médico pero llega un momento en que el niño la agota y ya hoy día no me la puedo porque ya estoy estresada, le voy a dar un pedacito de algo, o momentos en los que pucha con toda mi familia encima diciéndome que igual le dé agua, que igual le de esto, pucha una vez, pero una vez. Esas son las madres que están más en la punta finalmente de esta flecha que tenemos como teoría, pero también hay madres que no, que no se acercan simplemente y que se quedan en el polo tradicional y que claro dicen sí yo escucho al nutricionista y escucho al doctor, pero en realidad le doy un batido diario a mi hijo de 6 meses, entonces ahí.

CA: pero eso tiene que ver un poco con la conducta que ellas no la están desarrollando bien o con un poco de información, porque se me ocurre que si tu entrevistas a una madre que tiene 6 meses la guagua ella todavía o esta por incorporar o todavía no ha incorporado el alimento sólido no es cierto, como papilla, entonces se me ocurre que lo que ella te pueda explicar se va a basar en todo lo que ha pasado durante esos meses, ahora esos meses ha estado a su disposición porque ha dado leche. Entonces si una madre a esa edad, a la edad del menor te contesta de que no esta cerca del ideal y sale todo esto de que esta mas cerca de una postura tradicional, se me ocurre quizás si hay una falta de información o de conducta de que ella no lo hace bien, que es distinto a una madre de 11 meses a una madre de seis meses, entonces por eso, eso va en un error de conducta o de información es lo que ustedes creen.

PRESENTADORA: lo que pasa es que ahí nosotras vimos que también que habían diferencias entre las edades de los niños. De hecho, nosotras, esa es una de las conclusiones a las cuales estamos llegando, les voy a terminar de explicar el modelo y ahí seguimos conversando sobre eso mismo que me interesa seguir hablando de eso.

Entonces nosotros lo que vemos es que una madre que en un momento X esta en la posición tradicional, en esta teoría, va a seguir, va a tener hipótesis sobre la privación o sobre los derechos de alimentación al niño y sobre la interpretación de señales que pueda tener el niño, según esta postura tradicional y esto nos va a llevar a las practicas concretas. Osea, va a pasar por toda esta parte de teoría, por sus hipótesis para poder llegar a las practicas concretas finales, y la madre que esta en la fase de transición también va a tener distinta interpretación de señales.

Yo ahora les voy a mostrar, vamos a partir ya mas desde como una parte del modelo para explicarlo mejor, entonces vamos a partir desde el tema de la teoría, ya. Entonces, yo por ejemplo cuando estamos hablando de la influencia del discurso médico, nosotros vemos que el discurso médico se va a referir a la evaluación o valoración que las madres realizan de la información respecto de la alimentación infantil y que vienen de una fuente considerada como autoridad en la materia, es decir, nutricionista, matrona, enfermera, gente mas bien del ámbito salubrista, profesionales de la salud. Y acá nosotros les mostramos como las entrevistas, lo que apareció:

M, decía: "encuentro yo que es bueno porque la guían po' muchas veces una se equivoca en los alimentos, sobre todo cuando son mamás primerizas, es bueno que a uno la guíen

o que le den una guía, por ejemplo la nutricionista que te pasa una guía de lo que tú le puedes dar, no es necesario que te guíes completamente por eso, porque tú ya tienes una idea más o menos para darle los alimentos.” Entonces ahí ellas valorizan un poco el discurso médico. Bueno acá hay mas ejemplos del discurso médico, que ahí ya tiene que ver con el otro lado (se procede a leer cita): *“M: la nutricionista, habla bien poco, más que entrega formularios para que tú te guíes, lo único que más habla es de dar la cantidad de la leche, que los alimentos estén bien lavados, de que un día pollo, otro día carne, que vaya variando para que el niño no se aburra, con siempre lo mismo”*

AV: aparte pasa muchas veces que ellas no tienen acceso a las nutricionista, muchas veces solo se guían por lo que les dice el médico.

XC: por norma debieran de tener todos los niños un control al quinto mes

AV: debieran pero a veces no sucede

XC: yo creo que des de el 2007 debiera estar sucediendo si o si porque esta dentro del programa infantil en consultorio.

AV: sí, pero es que a nosotras nos paso con algunas entrevistadas en que no tenían control con la nutricionista y era así.

CA: lo que a mi me explicaba las mamás, que a mi también me paso mucho, era que ellas me decían que no era que ellas no lo tuvieran, el problema es que cada vez que los tenían le daban prioridad a la gente que venía atrasada antes y que la citaban también ese día porque faltaban nutricionista o simplemente cuando a ellas les tocaba fallaban, entonces tenían que ir otro día y no las atendían.

PRESENTADORA: es que hay a las mamás les daba lata volver otro día. A nosotras nos paso que todas las mamás tuvieron control con nutricionistas y de echo todas nos hablaban del nutricionista, no nos hablaban ni, osea, algunas veces nos hablaban de la enfermera pero principalmente nos hablaban del nutricionista y de los que le había dicho la nutricionista.

AV: eso no implicaba que no tuvieran un formulario o una guía, pero el control no lo tenían

XC: es que haber, el primer control es el del recién nacido que es cuando sale del hospital, ese es el primer control, después tenemos el de los 7 días que es dentro del

consultorio o en el centro de salud en el cual se van a ir a atender o están inscritos y de ahí tienen que seguir la norma que son controles después de los siete días, a los quince y al mes ya, y esos controles es el primero con el médico , pero después vienen con la enfermera cada un mes y después viene al quinto mes que es con la nutricionista y que es justamente para prepararlos para la incorporación de la alimentación sólida. Ahora eso no quita que algún centro de salud, no creo que aquí en Valparaíso, pero en un centro de salud rural por ejemplo la nutricionista ve mucho mas a los chicos porque tiene mayor disponibilidad a ser obeso y ahí tiene que ver con lo que tu me decías y suceda que este chico no haya tenido control con la nutricionista producto de que no habían horas disponibles, no había disponibilidad de recursos así que se priorizan, no sé por las enfermedades crónicas no transmisibles dependiendo del centro de salud.

AV: no si yo no hablaba del trabajo, sino de la disponibilidad, por ejemplo en consultorios hay sólo dos nutricionistas para todas las especialidades, entonces igual hay como una cantidad importante de gente que no.

CA: Yo creo que igual es importante los factores externos que influyen en eso por ejemplo a mi una mama me dijo, pucha justo yo vine ayer con mi otro hijo y la nutricionista pidió el día administrativo, entonces tampoco se rigen un poco en seguir un orden de eso, uno puede pedir un día administrativo una semana antes o dos semanas antes, entonces y tu no le avisái al paciente.

PRESENTADORA: Vamos a retomar la explicación. Bueno eso es como el discurso médico influye en la creación de estas teorías que tienen las madres acerca de la alimentación y por otra parte también esta la intersubjetividad, la experiencia y otras fuentes. Entonces, en esto está que una parte del modelo se refiere a aquellas situaciones que la madre utiliza como referencia al momento de alimentar a su hijo, es decir cuando ya llega a las prácticas, la referencia no es al discurso médico, sino mas bien a los elementos relacionados con la experiencia personal, situaciones que ella ya ha vivido o fuentes de información que tienen que ver con otras personas, que puede ser la abuela, puede ser la madre, puede ser la suegra. También experiencias intersubjetivas, que tiene que ver con la relación estrecha con ella y su propio bebe, que tiene que ver mas con como ella va interpretar lo que ella cree de este niño a diferencia de lo que interpretaba con sus otros hijos.

Entonces, en este ejemplo tenemos la pregunta que era (se procede a leer la cita): *“respecto a la experiencia en tu familia, ¿hay alguna costumbre, o algo como típico en la manera de alimentar a los bebés, que tú has como repetido o transmitido a la alimentación de...”*

(Continúa leyendo la cita): *“los horarios más que nada, cachai, porque tiene el mismo horario que nosotros (ella y sus hermanos teníamos para comer. Mi mamá me dijo: “esa hora es buena hora, porque es temprano, alcanzan bien las horas tres cuatro, tres cuatro, entonces no sé po’, yo me guíé por eso. Aparte son parecidos a los del resto, no sé si te diste cuenta en la reunión que eran parecidos a los de casi todas los horarios, y eso que a mi el médico no me dijo personalmente a esa hora dale la leche, a esa hora dale el almuerzo, a esa hora dale la cena, ni nada, yo lo hice, porque yo, de acuerdo a lo que me decía mi mamá. Y a mí me parece bien en todo caso, si yo no hubiese estado de acuerdo, lo hubiese hecho a mi parecer no más... Y eso lo adaptaste de lo que ella te dijo... Claro, porque nosotros tres comíamos a esa misma hora”* Ella era bien conversadora, y otro ejemplo (hace referencia a una cita): *“¿Y qué fue lo que te impulsó a introducir el agua? ¿agua sola?... MJ: Agua cocida, agua de hierva, manzanilla, lo que pasa es que como es tan delicado de la guatita, le doy... ¿Y qué te impulsó a darle?... Ahí me decían cosas en mi familia, algunos me decían que no le diera agua porquee, bueno me explicaban ese tema y otras me decían que le diera nomás y por lo menos yo, desde que le doy agua nunca le ha pasado nada. Claro sí que no le hecho azúcar ni nada, si no lo necesita... ¿Y has visto alguna ventaja en la introducción del agua por ejemplo?... Cuando está enfermo sí, o sea se mejora más rápido cuando está con fiebre.”*

Estos son ejemplos de los alimentos que ellas van a empezar a introducir sin que el médico les diga y que tienen mas relaciones con lo que ellas han vivido y con las experiencias de otro lado, con lo que le han dicho o no le han dicho. (Continúa con otro ejemplo) *“a la... porque tu me decías que también te guías por los (no se entiende, pero se refiere a información nutricional). M: sí, yo también me guío por eso, me guío un poco por lo que ella me dice y todo. Pero me refiero a que con la primera hice esto y con la segunda hice esto otro, y así uno va agarrando experiencia de atrás para...”* Entonces, ahí ella se refiere de que ya tuvo experiencia con sus otros hijos, entonces ella ya no se guía tanto, porque ella ya sabe de alguna forma como ir haciéndolo. Eso es lo que ella refiere.

Entonces, después entramos directamente a la teoría y tenemos la posición tradicional. Entonces la teoría es el aspecto que plantea la integración entre esta intersubjetividad, experiencia, otras fuentes y el discurso médico respecto de la alimentación infantil. La teoría propuesta se expresa en base a la relación concebida por las madres, entre las prácticas de alimentación cotidianas de sus hijos y los estados de salud y ahí es cuando nosotros hablábamos de un polo tradicional y un polo legítimo. Cuando un polo tradicional habla de la enfermedad, o sea la salud como ausencia de enfermedad, mientras que un polo legítimo habla de la salud como un continuo en el cual uno tiene que estar cuidándose para no enfermarse. Como que ahí son concepciones diferentes de salud y enfermedad que se encuentran en los distintos polos, y la fase de transición está un poco más cercana o a uno o más cercana a otro.

Entonces, volvemos a la postura tradicional para explicarlo un poco mejor. En este extremo se concibe la salud y enfermedad como estados completamente opuestos, donde la enfermedad es vista como un accidente que no tiene relación con lo que cotidianamente se haga, por lo tanto, las prácticas de alimentación no están relacionadas con la salud o la enfermedad.

En este polo muchas veces un niño sano es concebido como un niño fuerte, que sea capaz de comer suficiente para mantener este estado que le permitirá no caer en debilidad, lo cual supone estar propenso a la enfermedad. El alimentarse de manera saludable no es parte del discurso, el énfasis está puesto más bien sólo en comer, no tiene que ver con el comer saludable, sino con sólo comer, y este polo está más influido por aspectos intersubjetivos. Por ejemplo (se hace referencia a una cita), *“M: creo que mientras más los cuiden más delicados los niños, mientras más uno se rige por lo que dice un médico, siempre son más enfermizos. Yo tengo la idea, está bien que a uno la guíen, pero uno también puede tomar sus decisiones a parte, o las enseñanzas de la mamá, yo pienso que si es fijo, siempre son más enfermizos, es mi idea.”*

También tenemos (referencia a cita): *“¿Que diferencia crees tú que hay entre un bebé saludable y un bebé poco saludable?A: Ahí tiene que ver con el peso, es increíble, pero, pero los bebés cuando son los bebés chiquititos... cuando... la mayoría de los bebés se enferman porque no comen, porque no tienen defensas, po, si la leche materna, o el nan, que es lo que se les da cuando son bien chiquititos, me entendís, es lo que les da las defensas a los bebés, si los bebés... eh... esa cuestión tiene una cantidad impresionante, y la leche es amarilla, amarilla espesa, es como un yogurt,*

*espesa, espesa, espesa... entonces se nota que viene todo, todo, para... todas las defensas para el niño... entonces sería obvio que se enferma si no come... entonces cuando ves a un niño que no está gordo es porque come menos pu... entonces ahí son más sanito... ¿Más saludable...?... Claro... Y el niño poco saludable sería el más flaquito... Más flaquitooo... Claro”*

XC: Increíble (risas) luego de la presentación de las citas clarificadoras.

PRESENTADORA: y en otra cita: *“Entonces yo creo que mientras los niños sean así chiquititos, lactantes todavía, no es mucho lo que ellos pueden decir, porque ellos se guían por lo que la mamá les dice, no el niño no come nada más que esto, no le pueden decir nada. Pero si uno empieza que el niño no puede comer esto y hace caso en todo lo que le dicen, si al final son súper pesados, súper, súper pesados.”*

Esta última frase se refiere a los nutricionistas, ella esta hablando de que los nutricionistas son muy pesados porque empiezan a restringir mucho. Bueno, este caso es de una mamá que tiene un niño obeso y que ella considera que los nutricionistas la están molestando mucho. Entonces, ahí podemos ver un polo ya tradicional máximo. Como esa postura en que ya claro, el niño gordo es el sano y el niño flaco es el no sano.

Entonces acá, vamos, pasamos a la transición entre esta postura legítimo ideal que estaba arriba y la postura tradicional. Esta parte del continuo, supone ser la fase mayoritaria entre las madres, plantea que existe una clara integración tanto del discurso médico como de los aspectos intersubjetivos, lo que implica que las prácticas de alimentación van variando de acuerdo a la forma en que la integración haya sido realizada por cada madre. De esta manera, algunas madres pueden situarse en la fase de transición; más cercanas a la postura legítimo ideal, o en una fase de transición más cercanas a la postura tradicional. Hay una que ya uno puede decir; bueno no sé, porque a veces funciona más cercana a las recomendaciones del médico...pero se supone que la fase de transición no es una postura fija, sino que podemos encontrarnos con mamás que vayan variando un poco en donde se encuentran.

Y en esos ejemplos está: *“¿y esos folletos...No esos sí, esos yo se los dejo guardados en, se los tengo pegados en el carnet del niño donde yo me voy guiando, para darle las cosas que le corresponden. Trato de mantenerle todo pegado, excepto la bebida”*, ahí se refería a que ella si le da un poco de bebida a veces.

Nuevamente *“pero trato de darle lo más, cosas lo más sano posible, darle lo más. Que coma frutas, come yogurt. El agua cuando le daba se la cocía, ahora ya no po’, ahora*

*le doy un poco de agua de la llave y se la toma no más. Pero, heeee.., diferente si como criaba a las otras niñas, diferente desde el primero al último, pero evito que coma cosas que no le corresponden, a pesar de que me va a costar, porque es como él vive como con tres mamás, todas lo consienten en todo.”* Ahí también se refiere a que pesar de eso también va a influir lo que le digan las demás personas, es difícil salirse de esta intersubjetividad.

*Y “MJ, pero me guío más por lo que me dicen los pediatras más que nada, confío más en ellos que en lo que me dice mi familia. No me dejo llevar mucho por lo que me dice mi familia. O sea de ellos les sigo lo de la leche, del agua, pero lo de la comida, las frutas y otras cosas que tiene que comer me dejo llevar más por lo que me dicen en el consultorio o la pediatra.”* Esta en cambio, es una mamá que está más cercana a este polo legítimo.

Bueno, entonces, de esta teoría como habíamos hablado antes, nos vamos a la hipótesis, la hipótesis tiene que ver con la interpretación de señales que van a hacer las madres según la posición en la que estén dentro de esta teoría y las concepciones que van a tener sobre los derechos y privación de los alimentos a los niños. Entonces por ejemplo una madre que está en una fase de transición, va a tener una interpretación de señales específica, distinta a la madre que se encuentra en el polo tradicional. Entonces la hipótesis es la parte del modelo, referida a aquellos supuestos sobre los cuales cada mamá tendrá que decidir al momento de alimentar a su hijo. Su decisión, en cada una de estas hipótesis depende de la parte de la teoría en la cual la madre se sitúe.

En la Interpretación de señales se refiere a las hipótesis realizadas en base a las respuestas de las madres respecto a las conductas de sus hijos a la hora de alimentarlos. Las prácticas asociadas a esta hipótesis se refieren a la interpretación del llanto y algunas conductas específicas del bebé como señales de hambre o de otro requerimiento de este.

*Por ejemplo, “Y, por ejemplo, pasa hartito que los niños acompañan a las mamás en la mesa, en la hora de once o en la hora de almuerzo por ejemplo ¿a ti que te ha pasado con eso?...Sí igual (risas) porque claro, la dejo en el coche y quiere estar ahí y toma todo, las cosas que le llaman la atención...Y ahí le das algo de comer también o dejas que juegue... No si igual, aunque no es recomendable para los niños, pero empieza así como a pedir, a hacer así con las manos, entonces igual le doy a probar cosas.”*

*“y tú dices que tú hijo queda bien, ¿cómo te das cuenta tú de que tú hijo queda bien?... en el tema de que no queda llorando, por ejemplo cuando queda llorando es porque tiene hambre o se le pasa la hora y si yo le doy más de la que el quería o me pide*

*por ejemplo va a quedar ahí, cuando le hago 150, me toma 120, entonces si le doy 180, mas es lo que va a dejar... Como que él hace algo, como que rehúsa”* Ahí la pregunta es como qué es lo que hace, ¿no? “... *Claro, cuando no quiere más leche, empieza a jugar con el chupete, entonces no saco na’ de darle mas leche de lo que él está tomando.”* Ahí es como; ya, el niño se autorreguló, yo acepto esta autorregulación del niño.

Y: “*Trato de que no, son comidas que no debería estar comiendo él, trato de llamarle la atención con otras cosas, por ejemplo no sé, mostrarle el móvil, que no se preocupe de lo que uno está haciendo en la mesa, sino que, pero con la alimentación es distinto, porque si tiene hambre hay que darle, pero cuando está en la mesa puede ser por un tema de mañoso.”* Ahí es; claro, no sé realmente si voy a interpretar esta señal como hambre o como que está haciendo maña más que nada.

Y también tenemos las concepciones que van a tener la madre que está en esta fase de transición sobre los derechos y privación de alimentos a los hijos. Las concepciones sobre derechos y privación van a ser la hipótesis referida a la facilidad o dificultad que tienen las madres frente a la situación de privar algunos alimentos a sus hijos, ya sea en cantidad y en tipos de alimentos.

Por ejemplo M “*lo único que come él, le doy yo, esos de chocolate, una vez de vez en cuando le doy una, pero trato de que, cuando ellas compran pa’ comer ellas, no las vea y no, no come cosas, y frituras tampoco”.*

MA: ¿A qué se refiere con esos de chocolate? ¿Son dulces?

PRESENTADORA: Son galletas de chocolate.

XC: Galletas...

PRESENTADORA: Que son muy típicos, que valen 10 pesos...

XC: Son una galletas cuadradas que están cubiertas de chocolate, que son muy común que a los niños chicos las mamás les compran, porque son baratas.

PRESENTADORA: Bueno, otro ejemplo: “*que por, a él le encanta el limón, si le encanta y de repente ya se lo saco y lo dejo que pruebe, se lo saco de nuevo y se pone a llorar, y ahí ya lo pesco, lo saco al patio, que mire otras cosas y ahora si lo dejan ahí y no quieren quitarle, ahí no sé. Porque no porque él quiera uno va a darle.”* Ahí ella dice, como que pucha, igual le doy, pero hay momentos en los que no, no puedo seguir dándole, y no porque quiera voya seguir dándole siempre.

Entonces así como están los ejemplos de la fase de transición, está el polo tradicional. Que acá está la interpretación de señales, entonces en el polo tradicional, esta postura tradicional r dice “Claro, lo que está ahí, lo que a ella le llame la atención y empieza a hacer sonidos con la boca y ya, quiere saborear, o sea quiere probar lo que uno está comiendo, como por ejemplo la palta, cuando uno come palta, o a veces hasta la mantequilla.” Esta es una mamá que ve que su hijo hace (gesto con la boca de chasqueo) y al tiro tiene hambre y...hasta la mantequilla.

Otro ejemplo: “*Y cuando decides darle, esa vez... MJ: Cuando esta muy pendiente de lo que uno hace, o sea cuando ya está mirando la cuchara, esta así (realiza gesto de inclinación) ahí le doy.*” Porque para ella eso, es una señal de que tiene hambre, de que quiere comer.

Respecto a las concepciones sobre derechos y privación: La entrevistadora “*pero ¿nunca te has propuesto por ejemplo no darle lo que él te pide?... A: no porque me da pena, no porque en realidad no pueda, porque si yo se lo niego, se lo niego, por ejemplo una noche me dio la impresión que le dolía la guatita, y había comido harto pan ese día, se había comido fácil un batido entero, entonces dije a lo mejor le hinchó el pancito la guatita, entonces ahí ese día, no le di pan, y no, no pidió tampoco él, cachai... ¿y si te hubiese pedido ese día?... a sí, si le hubiera dado, es que me roba el corazón*” Ahí...(risas) bueno ese ejemplo queda más que claro, ahí la privación es imposible para esa madre, y ahí queda la postura tradicional más que clara.

CR: Esto es lo que mas se da en todas las mamás, incluso en la que está más tirada hacia el discurso médico, que se dejan llevar por su gusto, ellas... incluso una reflejaba, “yo pienso que mi hijo dice pucha, todos están comiendo algo rico y yo no, no, entonces yo le voy a dar, como no le voy a dar”. Una mamá decía: “si a mí una nutricionista me decía que ellos no tienen gusto todavía, pero como no va tener gusto, si la comida es tan mala sin sal”. Ellas asumen que tienen el mismo gusto que ellas.

PRESENTADORA: Y bueno y también ahí aparecen los extras, el azúcar, la sal aparece mucho...

XC: Dentro de este polo tradicional y este polo ideal o que debiera ser, ¿Cuál... en relación a las... sé que ustedes no lo vieron, pero ¿cual es su percepción? Con respecto a cuales serían las mamás que están más en este polo tradicional, o que tipo de las mamás podrían estar más en este polo tradicional que en el otro extremo.

PRESENTADORA: Nosotras la verdad vimos distintas mamás en distintos... de hecho nos preguntamos, las mamás más jóvenes tal vez estén más cercanas al polo legítimo, siendo que están recién empezando entonces la información les puede llegar más fuerte. Pero no fue así, nos encontramos con mamás muy jóvenes que estaban en un polo tradicional absoluto, y mamás muy jóvenes que estaban muy cercanas al polo legítimo. Y al revés también, mamás más viejas, o que ya tenían más hijos, con más experiencias, que también nos pasaba lo mismo pensábamos que podrían tener una postura más tradicional, ellas nos decían no. De hecho nos contaban, una mamá nos contaba que con los primeros hijos era mucho... bueno nosotras le llamamos tradicional, pero ella contaba que se guiaba más por lo que le decía su mamá, le decía su suegra, y ahora se guía más por lo que le dice el pediatra.

XC: ¿Y en relación a los niveles socioculturales?

PRESENTADORA: Nosotros...

XC: ¿Cuál es la percepción? Porque...

PRESENTADORA: Es que ahí nosotros no hicimos mucha diferencia...

RM: De hecho todas las mamás son de consultorio, de los mismos consultorios, del mismo sector.

PRESENTADORA: Más bien un nivel socioeconómico similar.

XC: ¿Qué sectores fueron?

CR: Todo lo que es Consultorio Barón y consultorio Reina Isabel.

PRESENTADORA: Bueno y por último, terminamos la... con esto, ¿no? Que luego de pasar por esta teoría que va a ver cuáles son nuestros supuestos para interpretar las señales o cuáles van a ser nuestras hipótesis sobre los derechos y privación de los niños respecto a la alimentación; llegamos a las prácticas definitivas. Entonces ahí, después de pasar por todo esto, las mamás van a llegar a como yo realizo mis prácticas de alimentación.

PA: Tengo una duda. Que en los ejemplos que tú dabas, se repetía MJ en la fase de transición y en la posición tradicional, entonces...

XC: ¿Son la misma persona?

PA: Claro

PRESENTADORA: Lo que pasa es que nosotras no pusimos ahí... MJ, finalmente la establecimos en la postura en transición, pero en estos ejemplos nosotras no... Estamos dando los ejemplos para comprender la teoría no para comprender a las mamás. Las mamás las configuramos de otra forma.

PA: ahh ya...

PRESENTADORA: Porque precisamente está en una postura en transición. Ella fue la mamá que más... que nos pareció más cercana al polo legítimo. Y ahí fue cuando dijimos, pucha el polo legítimo... no tenemos a nadie que podamos poner en el polo legítimo, Porque ella incluso estando más cercana al polo legítimo, aún podíamos sacar citas para explicar el polo tradicional con ella. Entonces en ese sentido es el tema de la fase en transición. En cambio A, que era la del pancito, que hablaba de que le daba un batido entero al día y que tal vez el pancito le hinchó la guatita, nunca encontramos nada cercano al polo legítimo. A pesar que nosotras pensamos al principio que ella estaba en una fase de transición. Porque nosotras la vimos primero en un focus y después en la entrevista, y en el focus que hicimos, ella nos hablaba mucho del discurso médico, nos nombra la guía nutricional, y nosotras pensamos que tenía muy incorporado el discurso médico. Y cuando le hacemos la entrevista, ella no se guía por nada de lo que le dicen los médicos. Incluso durante la entrevista ella alimentaba al niño constantemente.

XC: ¿Y cómo se explica eso desde el punto de vista psicológico? ¿Qué tengas un discurso frente a un grupo y que en la realidad no hagas nada de ese discurso? Porque en definitiva ella no hacía nada de ese discurso.

MA: Eso puede ser también por deseabilidad social. ¿Ustedes cuando estaban en el focus les explicaron de qué iban a hablar?

CR: No nada, Acá empezamos a preguntarles, preguntas muy generales de que era para ellas la alimentación infantil. Lo que pasó en el caso de la A, era que, claro, al principio nosotras nos dábamos cuenta que estaba incorporado el discurso médico, ella estaba muy interesada antes de empezar a darle la comida al niño, iba siempre a las charlas, que no se perdía ninguna, pero aún así después nos dimos cuenta que en el fondo ese era un

ideal tanto para ella como para las otras madres, que saben... hacen una relación entre la enfermedad y la salud, de todas maneras la hacen. Pero aún así, siempre van a adaptar el discurso médico, lo van a tomar y... Y el punto, que las otras influencias que hay, que son la intersubjetividad, las experiencias, van a ir adaptando su discurso médico a las prácticas, pero el discurso médico siempre lo van a tener presente, sobre todo. A cuando contaba que esto lo hacía antes de darle la comida a sus hijos.

PRESENTADORA: Bueno el modelo que está ahí (señalando la pantalla) intenta explicar un poco más, como funcionan las madres respecto a la alimentación, más que el porqué una madre está en una posición u otra, es más bien, cómo llegamos a crear la teoría. Entonces nosotras queremos conversar un poco más de este modelo, un poco más de lo que ustedes pueden ver, cómo es que la investigación que ustedes realizan, puede calzar un poco, un modelo así, este constructo de teorías ingenuas de las madres sobre alimentación infantil para explicar también el porqué ustedes llegan a los resultados que llegan. ¿Si es que les hace sentido el modelo?

MA: Bueno en lo que nosotras estamos trabajando también es distinto, cuantitativamente es distinto... habían cosas por ejemplo que ustedes hablaban de que me da pena negarle la comida, hay un reactivo en que nosotras le preguntamos directamente así, me da pena negarle la comida al niño; y todas las mamás como que sí, sí, sí, sí. Pero en cuanto a la conducta de que le das algo para comer cuando te da pena; era muy relativo, o sea hay mamás que te contestaban que sí, otras que no, entonces depende mucho de la percepción que tengan internamente del concepto de alimentos... Hay mamás, por ejemplo a mí me pasó, de las entrevistas, que no tenían idea, digamos, de la pirámide alimenticia, ni cuál era la base, que es lo que iba arriba, nunca habían hablado con la nutricionista, porque, bueno, distintos problemas, pero que no tenían idea de nada. En cambio habían otras que, bueno eso puede ser explicarse un poco, que tenían un nivel sociocultural un poquito más alto, que eso uno lo notaba en, no sé por qué, en el vocabulario, en que ellas te decían no, yo lo contesto y se quedaban ellas con el resto del cuestionario, en que sí tenían un poco más de sutilezas y de educación respecto a la alimentación, y ellas si eran un poco más estrictas y rígidas. Pero en general podría calzar con... como con el polo... como con el período de transición, porque igual le daba pena negarle la comida, salía en todas las entrevistas...

PA: De hecho en el análisis clínico, en el instrumento final, nadie sacó el cien por ciento, nadie.

PRESENTADORA: Si seguimos con esta idea de que puede ser el discurso médico... como que es un ideal...

CA: Lo que pasa es que, por ejemplo que en lo que yo entrevisté, o sea lo que uno ve... Nuestra tesis igual es más práctica entonces tu vai directamente a preguntar, lo sabe, no lo sabe, lo hace, no lo hace, lo siente, no lo siente. Desde lo que yo creo hoy día, y sacando aquí conclusiones y todo, yo creo que las madres un poco repiten...las que tu dices que creen... por ejemplo esa madre que tu dices que sabía mucho en un momento, y que llegó a la práctica y no hacía na', lo que pasa es que hay muchas madres que un poco memorizan lo que dice el médico, por ejemplo yo entreviste a varias; ¿Y sabe lo que es la pirám...? Sí, donde se ubica la... y sabía la descripción textual; Ya, y ahora ¿cuál es la base... qué es lo mejor, digamos, cómo se ubica?; No le entiendo. Entonces yo creo que hay mucha información que está siendo entregada y uno cree que el paciente, o sea que el otro lo sabe, pero es porque lo repite textualmente, pero ella no lo entiende. Entonces por eso yo creo que jamás vamos a pasar a un nivel ideal, porque hoy día las madres, por ejemplo, hay una que dice yo tengo ganas de leer la etiqueta nutricional pero no puedo, porque no lo entiendo, y la segunda vez de preguntar al médico o a la nutricionista tampoco entiende. Entonces el nivel que poseen las madres en el sector primario es bajísimo, hay mamás que ni siquiera saben leer, nosotras nos dimos cuenta haciendo el screening y nostras tuvimos que aplicar el cuestionario. El nivel de educación, entonces, es muy inferior, y se me ocurre que quizás un profesional que sabe que está trabajando con ese nivel, trata de explicar las cosas de una manera que se entienda pero resulta que uno tiene que usar un lenguaje coloquial. O sea nosotros ni siquiera en el cuestionario pusimos palabras que... no, pusimos hasta...

AV: Me da lata...

CA: Me da lata...,porque en verdad es como ellas se expresan en el día a día, uno cree que ya saben, porque las mamás repiten un poco lo que dicen, pero ellas no lo entienden, en el minuto en que ellas no entienden, la conducta que va a seguir haciendo va a ser la que ella recuerde más, digamos por su mamá, su tía, por equis, porque cuando ella trata de lograr entender algo, esto es así o esto es... o tratar de buscar información, está todo para ellas en un lenguaje complejo, entonces pa' mi no tiene mayor... claro... Para mi, un poco, radica en eso, básicamente en eso.

PRESENTADORA: Que el discurso médico para que influya más en esta teoría que va a crear la madre...

CA: ...coloquial, completamente...

PRESENTADORA: ...Debería acercarse más en el lenguaje?

CA: Para mí, o sea, hoy día yo creo que esa es una conclusión totalmente relevante, para mí, porque por ejemplo tu notabas, habían dos mamás que uno notaba que eran universitarias, y que quedaron embarazadas jóvenes, que por ahorrar plata se atienden en el consultorio, etcétera, y tu notas una diferencia, había por ejemplo una pareja que eran universitarios, que iban en tercer año recién, y ella se atendía ahí y estaba con su pareja; es otro tipo de relación, por ejemplo ella me dijo: no, mi hija tiene tal síndrome, y bueno, me contó que su hija tenía un síndrome heteroge... equis. Y ella me decía, no es que yo por ejemplo yo leo la leche que le doy, no le doy cualquiera, a pesar que a mí me dan la posibilidad de darle, no, no me gusta, leo esto y yo lo entiendo; ¿Y cómo lo entiendes?, no porque yo me informo en internet. Es otro el nivel de... de educación. Ellas tienen otro lenguaje, y tu lo notas. Entonces yo creo que mientras el nivel no baje a un nivel coloquial, nosotras jamás vamos a poder aspirar a una alimentación, digamos en este sentido ideal, con gente que pertenezca a ese sector. Es imposible.

PRESENTADORA: O esta consideración de la salud-enfermedad como más como continuo, y no tan accidente, separado. Porque...

MA: Es que igual hay gente que la obesidad no la considera como enfermedad. Es un estado como temporal de la cual se puede mejorar, porque nosotras teníamos un reactivo que decía mi hijo si hace mucho ejercicio y no tiene...

CA: No, no. Era; mi hijo, en un futuro, por su estatura y por su desarrollo normal

MA: y grado de actividad

CA: Y grado de actividad, va a obtener un peso normal? Así como que, digamos que porque la estatura, porque crece y todo, lo que uno siempre suele pensar, No cuando crezca le va a bajar la guata, porque ahora es bajito y todavía no se...

XC: lo que pasa es que sí, eso tiene que ver con que...

MA: claro...

PRESENTADORA: Visualmente pasa...

MA: Pero finalmente las prácticas alimenticias siguen igual no cambian si

PA: Claro...

MA: Como que están esperando que, ah no, no importa, le doy...

AV: ...entonces no...

MA: Después cuando (no se entiende) Eso todo el mundo lo nota así, Sí, sí, estoy de acuerdo, sí, sí.

PRESENTADORA: Claro eso es algo que no se... entrega mayor información acerca de eso.

CA: Había una pregunta que a mi me llamó la atención, no sé si será relevante, pero les puede servir. Que era: ustedes conocen las consecuencias, así como puntual, ¿Conoce las consecuencias de que el niño sea obeso?, textual. Todas las mamás no conocen las consecuencias; entonces yo me explico, yo como mamá, no teniendo nivel de educación (interrupción de MA, que no se logra comprender)... Claro, pero cuando llegan a la conducta como tal; como sabe bürreba... No. ¿Cachai? Entonces yo me pregunto que si a mi me preocupa algo, pero yo no lo sé, ¿porqué yo voy a querer que mis hijos sean flacos? Si mis otros dos hijos son obesos y hasta el día de hoy, que todavía tienen quince años, no han presentado consecuencias directas. Porque no las presentan al tiro, po'. Entonces eso las mamás no lo poseen. Y en el folleto que le dan, o la guía nutricional que le dan, evidentemente tú estás apuntando a algo de ahora, ahora tu tienes que no comer esto, ahora tienes que no hacer esto, ahora tienes que... y tienes que darle esto, esto, esto, pero ¿qué pasa si se lo doy en el futuro?

XC: ¿Sabes? Yo pensé que estaba incorporado el mensaje, porque ¿cuál es el mensaje?: es que preocúpese de la obesidad porque tiene relación con las enfermedades del corazón. Ese es el discurso que...

CA: Pero eso no está explicado en profundidad, por ejemplo, la señora, yo le, ella me decía ¿pero por ejemplo que enfermedad?, y a mi papá le han dado dos pre-infartos por eso; y yo le dije; por ejemplo mi papá dos pre-infartos, al tercero yo creo que yaaa se muere de frentón, y ella me decía pero ¿porqué pasa eso?, y ellas no entienden, no

entienden que la grasa se acumula por ejemplo, y hay explicaciones sutiles que ellas no entienden, y cuando a mi, o sea, como lo que me pasa a mí, po', que si a mi no me lo explican detalladamente yo tampoco lo hago.

PRESENTADORA: Pero también tiene que ver con otra cosa, que es que él es un adulto no una guagua

CA: Sí

PRESENTADORA: Que igual e distinto porque claro, uno dice: un adulto obeso tiene riesgo de infarto, tiene riesgo de diabetes, tiene riesgo de todo... ¿pero una guagua? Una guagua gordita es una guagua bonita, o sea, eso es lo que nos pasó un poco a nosotras, que veíamos un poco eso (se refiere a las entrevistas)

XC: lo que yo estoy viendo es que esa es la concepción que estaba en los años '70. Recuerden que en los años setenta estaba empezando (interrupción, no se comprende)... claro, 103 niños se morían y la mayor parte de ellos se moría por consecuencias de la malnutrición por déficit

PRESENTADORA: Claro ahí había una malnutrición por déficit en vez de por exceso, como ahora.

XC: ...entonces en esa época, el niño gordito sí era sanito, porque en esos años los que se morían eran los flaquitos. Y eso ha quedado instaurado de tal forma, que cuesta mucho por todo lo que las madres toman desde la abuela, y yo creo que las abuelas, todavía lo tienen muy incorporado, no tanto las madres, pero si las abuelas. Las abuelas de alguna forma influyen en las conductas de las madres y en la percepción que tienen de estas.

PRESENTADORA: de hecho nosotros también vimos eso, vimos la línea como transgeneracional, cómo influye la familia en la alimentación y en una línea femenina de partida, de hecho nosotras preguntábamos y el marido, ¡no! como se te ocurre que voy a pescarlo a él, a su mamá sí a él no, o sea, me llevo pésimo con mi suegra pero si mi marido y mi suegra me hablan pesco a mi suegra, respecto a la alimentación. Y es una línea femenina y primero viene el escuchar a la mamá, y el escuchar a la mamá significa que después viene todo un tema de cómo vamos alimentando en mi familia a los niños.

AV: en ese punto nosotras también hicimos un reactivo que decía “las madres son la principal responsable de la alimentación del bebé” y todas si, si, si. Y también decían “si a mi mamá le funcionó, por qué yo no voy a hacer lo mismo”. Ahí (respecto a la responsabilidad de la alimentación) muy pocas decían talvez...

CA: y la salvedad, por ejemplo del 90% me contestaron que sí, y sólo 2 dijeron talvez y fueron justamente las mamás que eran universitarias, yo creo que tiene que ver con el nivel educacional

PRESENTADORA: a nosotras en cambio lo que nos pasó, en ese mismo sentido, es que una las mamá que nos respondió que no, que no se guiaba tanto por lo que le decían en la familia y que está prestando más atención a lo que le dicen desde el discurso médico, es la mamá que tenía otras dos hijas, una de 18 y otra de 12, entonces con su guagua ahora ella dijo “los tiempos han cambiado, tengo más acceso a alimentos, la alimentación no es como antes, entonces yo ahora estoy siguiendo más las recomendaciones de los médicos que antes”...

CA: ahora yo creo que existe también un tabú con los recursos económicos, nosotras teníamos un reactivo que hablaba específicamente de esto “¿usted cree que a la gente de escasos recursos le cuesta más costear una alimentación saludable?” y todas contestaban si, si, si, y sabiendo que son ellas mismas las que compran, o sea que ellas mismas tienen que ir a la feria, que ellas mismas ven los precios, entonces yo creo que también va por un cuento de creatividad, o sea cuando les preguntábamos por las papillas, si variaban o no, la mayoría decía que a veces no, entonces yo creo que va por una cuestión de creatividad, cómo yo preparo una papilla, si tengo poca plata y que sea distinta, porque si preparan una con verduras va a ser la misma toda la semana, entonces eso, y por ejemplo habían mamás que uno le preguntaba “¿usted cocina distinto para el resto de sus hijos y para su guagua?” y decían no, entonces evidentemente tenía una semana completa aburrida a toda la familia cocinando lo mismo po' cachai, cuando querí comer sano, porque ellas piensan que comer sano es comer las mismas verduras y en el mismo tiempo porque es una dieta por días, cachai, no es un alimentarse saludablemente

AV: lo otro que a mi me llamó la atención es que igual que con las madres universitarias o con las que uno veía que tenía mayor educación, y que tienen más cuidado de la alimentación, están las mamás que tienen su hijo enfermo, con enfermedades mucho más graves que requieran control, por ejemplo mamás que tenía problemas de deglución el

niño, entonces ahí como que se preocupaban mucho de la alimentación, porque quizás estaban mucho más controlados los niños

PRESENTADORA: a nosotras también nos pasó eso, que los niños que tienen alguna enfermedad, por ejemplo un niño prematuro, un niño que es prematuro o un niño que tiene enfermedad, al tiro las madres empiezan a prestar más atención a las recomendaciones nutricionales y también empiezan a estar en un polo, en fase en transición, en la cual consideran a la enfermedad y la salud como un continuo, entonces las madres empiezan a alimentar a los niños mejor, pensando “esto va a ayudarlo a mantenerse mejor a que no caigan en enfermedad.

XC: y en cuanto a la edad, no sé si encontraron diferencias entre las madres que estaban como al inicio, aquellas madres que tenían hijos más pequeños estaban más cercanas al...

PRESENTADORA: más del discurso ideal

XC: y que aquellas madres que se van alejando del nacimiento, por así decirlo estaban más cerca del polo tradicional

PRESENTADORA: lo que nos pasó es que las madres más cercanas a los 6 meses están más permeables al discurso médico, pero no necesariamente están más cercanas

CR: nosotras tuvimos dos entrevistadas con niños de seis meses y talvez también íbamos un poco con la idea de que ya, quizás estas madres se dejen llevar más por la intersubjetividad y otras fuentes, y no, nos dimos cuenta de que estaban con todas las ganas de aprender de lo que le dicen en el consultorio, por la nutricionista, más que por lo que le puedan decir en la casa

PRESENTADORA: están permeables al discurso médico, precisamente porque nosotros consideramos, es que las madres de 6 meses al estar incorporando recién la alimentación complementaria, están mucho más accesibles o tienen como mayor interés en empezar a escuchar otras fuentes para saber cómo alimentar a su hijo, pero eso las hace más permeables al discurso y yo creo que es el momento preciso para comenzar a trabajar con ellas, a hacerlas entender realmente y no sólo entregarles un folleto, sino que hacerles entender bien el fin de la recomendación médica, pero aún así no necesariamente significa que esté en una fase más cercana al discurso médico, sino que

ese es el momento en el que ellas están creando la teoría, entonces ellas todavía no se encuentran en una posición definitiva, están decidiendo cual es su posición finalmente, están empezando a crear la teoría, es la etapa crítica

XC: si tú pudieras intervenir en el proceso, dirías que ese es el momento

RM: claro, porque antes no es tema para ellas, de hecho nosotras se los preguntamos, porque aún no se ven enfrentadas a esa realidad ahora de tener que darles comida a su guagua, que no sea pecho, por lo tanto no se preocupan de eso, para qué, entonces tampoco serviría mucho antes, no le tomarían el peso

PRESENTADORA: a los 4-5 meses es importante empezar, es importante informarlas, pero es a los 6 meses importante, ahora si recién ahí se empieza con el discurso médico, tampoco, es necesario partir antes, a los 5 meses, pero de todas maneras hay que reforzar esto a los 6 meses porque es ahí cuando empiezan a dar de comer y cuando están totalmente dispuestas a comprender cómo alimentar a sus hijos

CA: yo creo que en esa etapa hay un tema, porque nosotras teníamos un reactivo que decía “si tu hijo rechaza la comida se la cambias por otra”, y no me acuerdo bien del resto, pero desde ese reactivo, como hablando de la etapa crítica, yo decía, de repente a estas mamás lo que les falta es tan simple como que les bajen la angustia, si tu hijo rechaza la comida decirles, no te pongai nerviosa, simplemente tu hijo no quiso comer y se lo dai en un rato más, pero resulta que la mamá está obstinada porque si el hijo deja de comer capaz que se muera, que deje de respirar, que es una guagua, que yo no voy a saber si tiene hambre o no, entonces es toda una carga que tiene la mamá como emocionalmente “mi hijo no puede rechazar la comida, mi hijo no pude pasar hambre, si llora es porque tiene hambre”, yo creo que todo esto es más una angustia que tiene la madre, como de lograr saber en qué momento la madre se va a sentir angustiada, y ahí hay que decirle “en esta situación usted tiene que hacer esto”, tan simple como entregarles técnicas, si el niño llora en tal situación puede ser por esto, esto o esto, distintos motivos, y no es necesario que le esté metiendo comida, cachai, puede hacer esto, esto y esto

XC: cual sería, ustedes que saben de técnicas, si funciona o no funciona cuando sienten como una angustia social...

PRESENTADORA: que no tiene que ver solamente con, es un poco lo que también nosotras habíamos hablado, de que existe un tema de cómo los niños y las mujeres en

general, ya no hablando solamente de madres, las mujeres en general tenemos esta idea de que la alimentación es vista como natural, como que nosotras vamos a poder hacerlo, como que estamos preparadas, como que es algo intrínseco en nosotras, pero ¿qué pasa cuando nos enfrentamos con eso en la realidad, cuando somos madres y nos toca alimentar realmente al niño, es tan intrínseco?

MA: no sé yo no tengo hijos, pero tengo dos hermanos chicos a los cuales tuve que cuidar, alimentar y toda la cuestión, y lo que decía la CI, claro cuando el niño rechaza la comida y a ti te dicen que tiene que comerse un pote de 200 cc diarios y tú quedai pero y uno empieza con el postre, como ese le gusta más y una de postre y una de comida y se empieza a variar como todos los hábitos alimenticios, si ya no le gusta comer aquí, entonces vamos a la pieza y como está la tele prendida la apago y si no quiere la vuelvo a prender porque así le puedo meter la comida mientras está viendo la tele, y no sé cosas así. Y cuando estai en situaciones sociales, yo lo he visto, que si el niño se pone a llorar y la mamá empieza como cálmate, cálmate y sigue llorando y es una cosa desesperante porque empieza la gente a mirar como diciendo qué está haciendo la mamá, y uno empieza pucha a ver que tengo, la mamadera y sigue llorando, ya la galletita, y así empiezan a cambiar todos los hábitos, porque uno en realidad se empieza como a desesperar y hay una presión como externa

PRESENTADORA: y esa desesperación de qué viene, porque no es sólo....

AV: lo que a mi me pasaba personalmente era que no sabía que hacer con el niño para poder calmarlo, porque en ese minuto la prioridad es calmar al niño, para que esté bien y para que no le falte nada, pero uno cuando es inexperta, cuando no tiene mucha versatilidad empieza como a bajar la desesperación, te pones nerviosa, se te acelera incluso el corazón

CR: en eso influye lo que dice la CI como lo importante de en una etapa crítica bajar la angustia, para evitar también que se empiece a guiar más por otras fuentes

PRESENTADORA: el problema es el que al final siempre empiece a interpretar estas señales para calmar al niño como que siempre le tiene que dar algún alimento

CA: hay que empezar como a naturalizar las situaciones

AV: a nosotras muchos de los reactivos nos los dijo la P.J (psicóloga, docente y madre de gemelos) como mamá y es así, ella tiene todas las herramientas, tiene muy buena nutrición, pero también hay situaciones en la cual ella se ve sobrepasada, le daba pena negarle, pero ella lo que sí hacía por ejemplo, en vez de la mamá que le daba la galletita, ella le daba un pedazo de fruta era la única diferencia

XC: yo igual tengo hartas amigas que están muy bien informadas del discurso médico, pero siempre llega un minuto en que la madre se satura.

*Aquí se produce corte en el video.*

AV: Hay como una información previa, que nosotros estipulamos o creemos que las mamás van a saberla y no la saben, de hecho incluso a veces nosotras mismas nos confundimos en eso, tenemos más noción pero igual a veces quedamos medias pillas con eso.

XC: Es que yo creo que la mamá a lo más sabe que hay una pirámide, a lo más, qué es lo que tiene adentro, da lo mismo.

PA: Y no, y no, por ejemplo la punta era para ellas lo que más deberían comer, entonces tenían la salsa.

AV: La punta era lo que más se daba.

CA: No la entienden, saben que existe, pero no la entienden

PRESENTADORA: Bueno entonces nos quedamos con que finalmente el discurso médico no es tan bien entendido, o sea, podría no ser bien integrado en esta teoría en algunas ocasiones y eso haría que la madre estuviera en una postura más tradicional, en vez de una postura más en transición.

CA: Sí y también la parte afectividad afecta un millón, porque depende del día, basta uno ponerse en el caso, yo puedo tener una hija que la puedo amar, puede ser mi primera hija, primeriza, todo lo que quieras, pero si yo estoy cansada por otras cosas, tampoco me voy a dar el tiempo para hacerle una papilla nueva, le voy a hacer la misma de ayer o le repito.

PRESENTADORA: Pero si tu estás en una postura tradicional eso te puede influir siempre, pero si tu estás en una fase de transición aún así, un día estás cansada, un día

estás cansada, pero sigues pensando que tienes que alimentar bien a tu hijo. Entonces claro un día te pilló en, no sé, a una hora de volver a tu casa, con ninguna posibilidad para prepararle algo, igual...

CA: (interrumpiendo) Eso es lo otro importante que nosotros vimos, que no tienen horarios, no tienen horarios y ellas saben cuales son los horarios, pero en la práctica no los cumplen, o sea si ellas andaban en la calle y quieren seguir vitrineando los niños comerán lo que, lo que venga.

AV: Lo otro importante que salió es cuando se incorpora la cena, cuando se incorpora la cena ahí queda la escoba, porque no no, no mezclan bien, los horarios se desfasan, les dan sobrealimentación porque juntan cena con la leche, o no quitan el postre. Entonces como que no hay un horario en que ellas digan “ya, hasta acá nomás le doy cena, aquí le tengo que dar el almuerzo”, entonces ahí se produce un desorden muy grande.

MA: Sí, se daba mucho, y así por ejemplo, muy gráfico, lo que nosotras vimos fue que, bueno la ultima comida tiene que ser hasta las 7 de la tarde, niños obviamente de 6 a 12 meses y ellas tenían horarios como las 9, de 8 a 10, y los niños de esa edad no debieran.

AV: Y después la papa era a las 12 y había una a las 3, una papa a las 3 de la mañana.

PA: Ah, y lo otro que quería mencionar es que, al parecer, no hay una conciencia de que en esta edad se crean los hábitos alimenticios, entonces es como “ah pero después, después los alimentamos mejor, ahora no es necesario”.

MA: Y aparte yo estaba pensando ahora en algo que habla del control, como de posicionarse en que yo tengo el control de la alimentación, a mí me da la sensación que pasados los seis meses, que es como un periodo crítico que estamos hablando, claro en ese momento yo te puedo dar a ti la comida, pero después cuando empiezan a interpretar las señales de que “ah, ah” (imita ruidos que hacen los bebés), entonces es que “aah, tiene hambre”, entonces como que en esas cosas el niño adquiere el control de lo que tiene que comer y la madre como que se desliga un poco de eso, y es que “yo ahora, como el niño me pide, yo no puedo”, el niño adquiere el control. Yo creo que ahí habría que hacer la intervención.

PRESENTADORA: Sí, eso pasaba con A, que decía “si me hubiera pedido más igual le habría dado”.

MA: Claro, como que ese rol de tener el control de la alimentación y de generar hábitos se pierde un poco pasados los seis meses, cuando empiezan a incorporar la alimentación, porque se lo dan al niño, y los niños son los que piden, ellos son los que lloran. Pero a esa edad el niño claramente no se regula.

PRESENTADORA: Pero lo que nosotras vemos también es que las mamás aceptan o no aceptan la autorregulación del niño, porque eso que me dices que los niños se autorregulan ¿es porque vieron que las madres interpretan cada señal que el niño hace como una señal de hambre?

MA: Sí, la mayoría.

PRESENTADORA: Pero sí no interpretamos eso como señal de hambre, y sí interpretamos bien la señal de no tengo hambre por ejemplo, igual puede ser una autorregulación del niño.

CA: Pero de eso quería hablar, porque eso lo interpreta la mamá así porque, tenemos que entender el contexto en el que estamos hablando, estamos hablando de personas de muy escasos recursos, las mamás no viven solas con el hijo y su pareja, viven la mamá de la mamá, el tío, el hermano y varias personas que el niño va manipulando y la mamá puede estar super firme, ahora ese es un factor social, la mamá puede estar super firme en su postura y decir “no, a esta hora le toca y comerá tal y tal cosa”, porque una niña por ejemplo era así y estaba en la Universidad y ella me decía “es una lucha, yo me he agarrado con toda mi familia, porque yo vivo con mi hermano, con la polola de mi hermano, con la mamá de ella, con su pareja” y resulta que el niño empezaba a manipular a todos los demás y todos los demás cumplían su deseo y cuando llegaba donde la mamá trataba de hacer lo mismo y la mamá le decía que no, pero iba donde el resto al final. Entonces hay que ver el factor social también del lugar donde estamos analizando, es complicado, porque tendrías que educar a una familia, no solo a la mamá. Y eso es una cosa de lo que yo estoy convencida ahora, tu no puedes educar sólo a la mamá, sino a toda la familia, porque en el contexto en que viven, viven con mucha gente.

PRESENTADORA: Entonces lo que tú dices es que de alguna forma habría que romper con esta línea únicamente femenina.

CA: Sí, completamente.

AV: Sí, de todas formas.

XC: Hay que ver lo de la línea femenina, porque cuando van a manipular, van a manipular a la mamá, a la abuela, más que al tata ...

PA: (Interrumpe) Es que cuando no lo consiguen ahí van a donde el papá o el hermano.

AV: Es que sucedía por ejemplo, que había gente, que estaban comiendo y por ejemplo el niño se quedaba ahí mirándolos, el adulto le va a dar algo inmediatamente.

XC: Ustedes hablaron algo que es la interpretación de señales. Yo creo que la madre interpreta todas las señales como signos de hambre, la mayor parte de estas señales. Porque ¿Qué chico no responde a un dulce?. Entonces el tema quizás está en que la madre sepa reconocer las señales. Porque yo también insisto en que hay madres que, no se si ustedes tuvieron alguna experiencia con que el niño no se levanta de la mesa si no se come todo.

CA: Sí, y también así me criaban a mí.

PA: Sí, si lo vimos.

PRESENTADORA: Es una forma de crianza.

XC: Entonces lo que se ha visto hasta ahora es que los niños sí muestran señales y hay que reconocerlas. Habrán días en que los niños no tendrán tanta hambre y no comerán, pero en los días siguientes se comerán todo lo que deben. Todos los niños además son diferentes. Pero hemos visto en familias que pueden estar dos horas con la cuchara esperando que el niño se coma los 200 cc, porque sino estamos mal. Entonces yo creo además que junto con saber qué consumir es necesario que las madres aprendan a interpretar las señales, pero adecuadamente, porque las madres sí ven que el niño emite señales, pero todo lo asocian con el hambre. Es como lo que tú decías (señalando a AV), si se está en una comida y el niño no se calla, lo primero que haces es darle una mamadera o la galletita.

XA: Claro porque esto funciona y mientras funcione yo lo vuelvo a hacer.

MA: Claro porque reaccionan al alimento y bueno es cosa de ver, culturalmente, uno hace celebraciones, cumpleaños, lo que a uno se le ocurra, siempre es todo con comida.

PRESENTADORA: En todo caso nosotras ahí vimos que hay mamás que están en la fase de transición, que la interpretación de señales ahí en la mesa es “no, le doy un juguete y se entretiene con el juguete mientras nosotras comemos”. O sea, no necesariamente el que esté haciendo así significa que quiere comer, tal vez sólo le llamó la atención y lo distrae con otro juego y listo.

RM: Pero igual se agotaban a veces, entonces a veces le daba algo de comer.

PRESENTADORA: Pero claro también sucedía lo que tú decías, a veces se agota y se empieza a desesperar.

RM: E igual entonces la comida funcionaba más rápido y esa mamá que estaba más cercana a lo legítimo, igual caía a veces, rara vez, en darle una comida.

XC: Sí eso no está mal, pero cuando es a veces, el problema es cuando es habitual.

PRESENTADORA: Claro pero ellas no se dan cuenta que el a veces es todos los días.

XC: Ves, esos son los problemas, ahora no sé si ustedes vieron algo sobre de qué depende de que esta madre esté más cerca de lo legítimo o de lo tradicional, porque a lo mejor eso sería importante saber, porque nosotras queremos que las madres estén cerca de lo legítimo y hay madres que están en distintos puntos, pero ¿de qué depende en definitiva de que esta madre pase hacia lo legítimo? Porque la idea es que siempre vamos a tener una mezcla, porque difícilmente vamos a tener mamás en lo ideal.

AV: Yo creo que pasa por algo tan básico como la educación, porque una mamá que puede tener todas las ganas de aprender pero no entiende nooo, porque todas las mamás quieren que sus hijos estén saludables, el tema es que no comprenden, no comprenden porque no le toman el peso.

CA: Y lo otro que yo creo es que hay que ver si la familia es funcional, donde haya una mamá y un papá, para mí es funcional. Donde ya vive la abuela y otros para mí siempre hay problemas. Por ejemplo una mamá me dice “cuando quiero cocinarle a mi hijo está todo ocupado, porque mi mamá está haciéndole la comida a todos”.

PRESENTADORA: Pero en nuestra cultura nosotros no podemos controlar, o sea tampoco podemos decir qué familia es funcional o no según la composición, no es por eso que son disfuncionales.

XC: Bueno hay distintos tipos de familias, y la mayoría de las mamás están en una casa y no viven solas, hay más gente. Pero desde el punto de vista de nosotros ¿cual sería nuestro rol en esto?

CA: Para mí sería educar, como en el período crítico educar no solo a la madre sino también educar al otro factor, que por lo general es la abuela, que cumple un rol importante.

PRESENTADORA: O sea educar a la familia y no solamente a la madre.

MA: Pero yo creo que eso igual es difícil porque no sé, yo me he encontrado con señoras mayores que cambiarles su pensamiento y opinión es algo con lo que vas a estar años y años.

PRESENTADORA: Lo que pasa es que nosotras cuando hablábamos de teorías implícitas, estas teorías al formarse parten de distintos contextos, mientras en más contextos esté la madre, más información va a obtener para poder hacer su propia teoría, una teoría ingenua. Entonces nosotras lo que estábamos viendo acá es que finalmente esto (señalando la parte del modelo referida a “Intersubjetividad, experiencia y otras fuentes”), que estábamos diciendo, la abuela o los otros factores o los otros aspectos que nos referían, está influyendo mucho, y opaca un poco el discurso médico. Mi pregunta es, si el contexto en donde estuviera recibiendo la madre el discurso médico no fuera sólo el consultorio, o tal vez siguiera siendo sólo en consultorio, pero no fuera solo la mamá con el médico, sino que también hubieran otros contextos que se crearan para entregar el discurso médico, podría ser factible laa...

AV: (Interrumpe) Yo creo que sí, que sea como una reunión de las mamás, si todas estas mamás tienen niños de 6 meses y van a empezar a incorporar el alimento, juntar a todas, como un control.

XA: Y eso es bueno, porque comparten sus propias experiencias, ya no es que digan que el médico no sabe lo que yo vivo con mi hijo, sino que comparten lo que también le pasa a otras mamás.

RM: Claro porque ellas se quejaban de que el médico podía saber mucho, pero cuando yo estoy con mi hijo yo soy la autoridad, yo sé más que nadie, más que el médico, cómo es mi hijo en particular.

PRESENTADORA: Entonces un grupo de mamás reunidas en un contexto nuevo, pero moderado por un profesional de la salud que pueda ir ayudándolas y decir “claro lo que a ti te pasa es común pero aún así tenemos estas opciones, ¿a alguna le ha resultado esta opción, alguna lo ha intentado?”

AV: Pero sabes lo que me pasa a mí, que a mí me da la impresión de que ya, nosotros damos información y nos quedamos tranquilos con entregarles información, pero hay que tener muchas más fases de comprobar “¿está haciendo esto, está haciendo lo que le informamos?, porque eso es lo que a mí me hace ruido, porque las mamás sí saben lo que tienen que hacer, pero no lo hacen.

PRESENTADORA: Claro, y que no sea un contexto único, sino un contexto continuo.

AV: Sí, y mucho más controlado.

PRESENTADORA: Sí, para que de alguna forma esta flecha (mostrando la flecha del modelo que indica que el discurso médico influye en la teoría que van formando la madres) no vaya una sola vez y punto, sino que vuelva y vuelva y vuelva, cosa que lo vaya impulsando más.

XC: Generalmente, el control del niño sano lo tienen las enfermeras, los médicos son pocos, son mucho más frecuentes cuando tienen menos de un año. Ahora sí la madre puede acudir al médico cada vez que el niño se enferma, independientemente de los controles. Los controles más que nada tienen relación con la prevención y promoción, entrega de vacunas y ver lo de la leche, claro y las campañas masivas que se hacen es la enfermera quien termina entregando el papel. Y la nutricionista, los chicos van al nutricionista siempre y cuando tengan problemas de alimentación o de la conducta alimentaria, a excepción de los controles que se pusieron ahora que al quinto mes van y también a los 3 años con 5 meses.

AV: Claro entonces es por eso que a mí me hace ruido, porque de algún modo estamos poniendo mucha exigencia en un profesional que en verdad no está dando abasto, no existen como programas, en verdad el gobierno piensa que con una guía está todo solucionado, y está bien, es una buena instancia de información, pero el problema es que los controles son demasiado lejanos.

PRESENTADORA: Tal vez el programa con una atención individual del nutricionista no sea suficiente y de hecho, no es suficiente.

AV: Esto principalmente en salud pública, entonces muchas veces nosotros pensamos que el equipo de profesionales, la nutricionista, el psicólogo, son lujos para los hospitales, son lujos, no lo ven como necesidades.

XC: Aún cuando las tasas de obesidad aumentan. Ahora sí hay programas de prevención y está la estrategia de intervención a través del ciclo vital, también ahora se toman a las madres desde el embarazo y la idea es que, un objetivo que se han planteado, es que la madre recupere su peso después de seis meses desde su parto. Entonces al sexto mes de vida del bebé, la madre debería recuperar el peso con el cual inicio su embarazo. Esto porque las madres chilenas por cada embarazo ganaban entre 3 a 5 kilos. Entonces se pensó que todo esto también influiría en las conductas que ellas harían con la alimentación de sus hijos creándoles conciencia, lo que se lo traspasarían al niño. Y también hay muchas actividades que se están haciendo respecto a ver la curva de crecimiento del chico y su relación con el peso, viendo si en algún punto es necesario enviarlo al nutricionista como prioridad. Pero eso yo creo que aún no ha tenido resultados esperados. Entonces yo creo que aquí hay que rescatar algo muy importante y tiene que ver con la posición en la que están en este continuo salud enfermedad, en donde en un modelo tradicional está disociado y acá en este modelo que ustedes muestran está asociado y esto tiene que ver con lo que ustedes decían de que el niño obeso para ellas no es enfermedad por lo que no ven bien las consecuencias, en relación a otras enfermedades. Por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares se comienzan a generar antes del nacimiento, por ejemplo hay estudios, que son estudios antiguos, con bebés que aún no habían nacido y al hacerles las autopsias vieron que ya tenían de estas placas que van tapando las arterias y los bebés aún no nacían. Entonces las placas se van formando por años y años.

PRESENTADORA: Cierre y agradecimientos.