

Saberes y percepciones en el proceso salud-enfermedad en niños hijos de migrantes en el Perú

Knowledge and perceptions in the health-disease process of children in migrants, Perú

Vanessa Cardozo-Alarcón

Recibido 15 marzo 2018 / Enviado para modificación 23 octubre 2023 / Aceptado 26 octubre 2023

RESUMEN

Objetivo Analizar los saberes y las percepciones de las madres, los cuidadores y el personal de salud en el proceso salud-enfermedad que sufren los niños en una población migrante de zonas rurales en Lima, con el fin de identificar los aspectos sociales y culturales alrededor de la salud de los niños.

Métodos Se aplicó una metodología cualitativa adaptando el método etnográfico, al emplear entrevistas, grupos focales y conversaciones con las madres, los cuidadores de los niños y el personal de salud.

Resultados Las madres o los cuidadores de los niños asociaron la “buena salud” a la ausencia de enfermedad, el buen rendimiento en el colegio, el estado anímico del niño “niño activo, despierto” y que tenga apetito, “que quiera comer”. Por otro lado, se tuvo la percepción de que el aspecto ambiental y geográfico fuera un factor causal para la presencia de enfermedades. Así mismo, el lado emocional de la madre y sus constantes estados de frustración serían un factor importante para impedir el adecuado cuidado de sus hijos. Se evidenció el malestar del personal de salud porque percibía que las madres no eran suficientemente “responsables” para hacer esfuerzos al traer a sus hijos al control de salud.

Conclusiones Los saberes y las percepciones de la salud-enfermedad encontraron su causalidad alrededor de la diversidad de cuidadores de los niños, los vínculos con el medio ambiente, la brecha entre los saberes de los cuidadores y las decisiones que toman y la falta de comprensión recíproca entre las madres y el personal de salud.

Palabras Clave: Percepción; salud; enfermedad; migrantes; cuidadores de los niños; alimentación (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To analyze the knowledge and perceptions of mothers, caregivers and health personnel in the health-disease process suffered by children in a Human Settlement in the suburbs of Lima in order to identify the social and cultural aspects of children's health.

Methods A qualitative methodology was applied adapting the ethnographic method by using interviews, focus groups and conversations with the mothers and/or caregivers of the children that included the health personnel.

Results The mothers or caregivers of the children associated “good health” with the absence of illness, good performance in school, the mood of the child “active, awake” child and having an appetite, the child “wants to eat”. On the other hand, there was a perception that environmental and geographical factors were a cause of the presence of diseases. Also, the emotional side of the mother and her constant frustrations would be an important factor to prevent the proper care of her children. On the other hand, the discomfort of the health personnel was evidenced because they perceived that the mothers were not sufficiently “responsible” to make efforts in bringing their children to the control of health.

Lic. Nutrición. M.Sc. Antropología.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
Lima, Perú.
vcardozoa@unmsm.edu.pe



DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V25n6.71055>

Conclusions The study concluded by highlighting distinctive knowledge and perceptions in a number of areas, including: the diversity of child caregivers, the linkages with the environment, the gap between the knowledge of caregivers and the decisions they make, and the lack of reciprocal understanding between mothers and health personnel.

Keywords: Perceptions; health; illness; migrants; caregivers; feeding (*source: MeSH, NLM*).

En el Perú, uno de los principales problemas de salud infantil es la prevalencia de desnutrición crónica en los niños menores de cinco años, según la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) (1). Sin embargo, los estudios de la desnutrición y la anemia están siempre sujetos a dejar de lado el contexto social, histórico y cultural donde se enmarca dicho problema, que carece de un enfoque multidimensional (2-4).

Así lo establecen Del Pino et al., en una etnografía con comunidades campesinas de Ayacucho, donde se observó que más allá de la situación de pobreza, hay prácticas culturales concretas que se manifiestan directamente en el estado nutricional del niño con implicancias positivas, pero también hay prácticas culturales que acarrearán consecuencias negativas (5).

Del mismo modo, Rubín de Celis, Pecho y Suremain al norte de Lima, revelan que considerar los factores sociales, económicos o culturales como “factores de riesgo”, sin tomar en cuenta las lógicas o dinámicas sociales que los producen, sería una de las principales causas de ineficacia de los programas de salud (6).

En el 2009, la organización no gubernamental (ONG) Warmi Huasi inició dos proyectos en el asentamiento humano San Benito, ubicado en el distrito de Carabayllo en la zona conocida como las Lomas de Carabayllo. El objetivo era contribuir a la disminución de la desnutrición crónica, la mejora de las prácticas alimentarias y la promoción del buen trato en las familias, tomando en cuenta el protagonismo de la comunidad y otros actores locales para asumir la solución de sus problemas. Uno de estos problemas, considerados de especial interés por la población de San Benito, fue la salud y la alimentación de los niños.

Así, apareció la necesidad de conocer sobre los saberes de las familias, entendidos como procesos y prácticas, y las percepciones vistas como interpretaciones y significados (7-9) acerca de la salud de los niños y del proceso salud-enfermedad.

Responder a estas preguntas completaría los estudios clínicos realizados anteriormente y haría propuestas de solución más idóneas que tomen en cuenta estos saberes y percepciones, a fin de mejorar la situación de salud de los niños en esta población.

METODOLOGÍA

Es importante señalar que estos aspectos de la realidad están dentro del campo de las percepciones e idearios de la población y necesitan ser investigados a través de la

metodología cualitativa (10-11). Aunque hayan considerado datos procesados de otras investigaciones y las observaciones directas, es la posición de los sujetos que se revela a través de su discurso, lo que nos interesa. Por ello, se utilizó el método etnográfico (12), empleando entrevistas, grupos focales y conversaciones con aproximadamente 173 personas (145 madres de familia y/o cuidadores de los niños y 3 miembros del personal que atienden en el establecimiento de salud) desde marzo del 2009 a julio del 2012.

Este estudio se realizó en el marco de los proyectos de la ONG Warmi Huasi citados anteriormente (13). Cabe destacar que el lugar del estudio es un asentamiento humano que se caracteriza por tener una población principalmente migrante, de bajos recursos económicos y con menor grado de instrucción (14).

La técnica utilizada para abordar la investigación partió de la premisa del trabajo etnográfico, que según Hammerley y Atkinson: “su principal característica sería que el etnógrafo participa abiertamente o de manera encubierta, en la vida diaria de las personas” (15).

Se adoptó el esquema general propuesto por Miles y Huberman, según el cual en el análisis concurren las tareas de reducción de datos, presentación de datos o extracción y verificación de conclusiones (16). Otra estrategia que se empleó fue la consolidación teórica propuesta por Goetz y LeComptek, la cual consiste en confrontar los resultados obtenidos con los marcos teóricos (17). También se hizo la triangulación de datos.

Los criterios éticos de investigación fueron respetados conforme a la Declaración de Helsinki de 1975. Los métodos de la investigación fueron conducidos dentro de los patrones exigidos por la institución donde se realizó la investigación.

RESULTADOS

Actores que intervienen en la salud de los niños

Las madres y otros cuidadores

En San Benito, el cuidado del niño no es exclusivo de las madres o los padres de familia, sino que existen otros actores. En la mayoría de esos casos son las abuelas las cuidadoras. Estos cuidados implican la elección y la preparación de los alimentos que el niño irá a consumir.

En otros casos, se le delega a la hija mayor. La mayoría de las hijas al cuidado de los niños han sido menores de edad al asumir esta responsabilidad. También hay muchos casos de tías que atienden a sus hijos.

También se encontraron casos en los cuales las vecinas asumen el cuidado del niño, pero ello es por un periodo menor de tiempo. También van a recoger a los niños al colegio, así como al suyo propio.

La vendedora del mercado también interviene en los aprendizajes sobre la alimentación del niño, ya que les enseña recetas culinarias, transmite, intercambia formas de preparar un alimento.

El personal del establecimiento de salud

El establecimiento de salud de San Benito tenía un médico general, quien no daba recomendaciones nutricionales. Sin embargo, había una enfermera de crecimiento y desarrollo del niño, que tenía mucho conocimiento sobre nutrición, y es ella quien daba las primeras consejerías sobre salud y lactancia materna. Posteriormente, llegaron otros especialistas, entre ellos una nutricionista que atendía tres veces por semana.

Todas las mamás o cuidadoras en San Benito han acudido por lo menos una vez donde algunos de estos profesionales de la salud que les ha dado algún tipo de orientación nutricional.

Percepciones de la madre o cuidadores del niño sobre el proceso salud-enfermedad

Según el Ministerio de salud (Minsa) el proceso salud-enfermedad es el resultado de diversos factores procedentes de la naturaleza, la sociedad y del propio cuerpo humano, que al interactuar determinan un estado de equilibrio que llamamos salud o desequilibrio que llamamos enfermedad.

Las madres o cuidadores de los niños asocian la “buena salud” con la ausencia de enfermedad, el buen rendimiento en el colegio, el estado anímico del niño “niño activo, despierto”, e incluso al hecho de que tenga apetito, “que quiera comer”.

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

Sin embargo, todas asociaron la salud con la alimentación, lo que no significa necesariamente que diferencien una “buena alimentación” de una “mala”. Lo que resultó evidente fue la dificultad de pasar del discurso a la acción, ya que puede existir un conflicto de interés valorativo. Por ejemplo, decirle a la madre que “no le des sopa, porque la sopa lo adelgaza, mejor dale menestras”, no es suficiente.

La sopa es una preparación rápida, simple, económica y es fácil que el niño la tome sin mucho esfuerzo; entonces, el valor que la madre le da a la sopa es mucho mayor al que le da a la menestra. Esta es la razón por la

cual la elección de la madre se encuentra por encima del conocimiento de una “buena alimentación”, es un tema de costo-beneficio lo que prima finalmente.

Este modelo fue empleado por Harris para establecer que los alimentos que son buenos para comer son aquellos que presentan una relación de costos y beneficios prácticos más favorables que los alimentos que se evitan (18).

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

Percepciones sobre la causalidad de la enfermedad

El factor climatológico está íntimamente asociado a las enfermedades, al igual que la contaminación ambiental. San Benito está ubicado en una zona geográfica conocida como Las Lomas, cuya humedad en ciertas temporadas del año acentúa la presencia de enfermedades respiratorias (19). La humedad y neblina constante conducen los poluentes ambientales y otros contaminantes de los residuos de las fábricas artesanales y relleno sanitario de la zona, lo que genera alergias (20). De esta manera, se reafirma la idea de que el aspecto climático de las Lomas es un factor causal para la presencia de enfermedades o el riesgo de padecerlas.

Las madres coinciden con lo anteriormente explicado, además de la carencia de agua potable. Aunque el camión cisterna provee de agua tres veces por semana, aseguran que esta es de mala calidad, de dudosa procedencia.

Otro aspecto importante para la presencia de estas enfermedades es la higiene, ya que el hábito de lavarse las manos está sujeto a las condiciones y el acceso del agua. Todo esto nos dice que el cuidado en la higiene y la presencia de agua resulta determinante en la aparición de enfermedades diarreicas agudas y es uno de los principales problemas:

“lavarlos, bañarlos, cambiarlos es más difícil, el agua es muy fría, es cara, poco accesible, quizás hasta contaminada”. (Madre de familia, en una visita domiciliaria) “Si hubiese agua sería la vida más cómoda, no estar cargando, no estar jalando y encima es más cara”. (Madre de niño menor de cinco años).

En el año 2007 una ONG llamada CESAL hizo una toma de muestras del agua de los camiones cisterna y encontró una carga bacteriana muy alta. Fue entonces cuando se propagó la idea de que el agua de las cisternas ha estado infectando con parásitos a los niños.

En los años 2010 y 2011 se hicieron análisis que revelaron una gran prevalencia de parásitos. En el primer año de evaluación, la mayoría de los niños presentaron parasitosis, y en el segundo año todos los niños evaluados presentaron parásitos (Tablas 1 y 2). En todos los casos las madres asociaron esta situación con la carencia del agua.

Tabla 1. Prevalencia de parásitos encontrados en campaña de despistaje de anemia y parasitosis, 21 de agosto de 2010

Resultados	Número de niños	Porcentaje
- Negativo	21	48
+ BH	10	23
+ EC	2	5
+ GL	2	5
Falta entregar frascos	9	20
Total	44	100

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

Tabla 2. Prevalencia de parásitos encontrados en campaña de despistaje de anemia y parasitosis, 26 de febrero de 2011

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

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

La idea de desarrollo integral

La salud es un fenómeno socio-eco-biológico que requiere ser atendido de manera integral, además de ser interpretado desde procesos determinantes y mediadores. Un estudio realizado en Ecuador plantea que entre los procesos determinantes están la globalización de los mercados, la migración, la pérdida de soberanía y la construcción de ambientes malsanos. Entre los procesos mediadores están la flexibilización laboral, la destrucción de la organización comunitaria, la incorporación de la lógica mercantil y la destrucción de ecosistemas mediante diversas formas de contaminación (21). Las familias en San Benito también se constituyen según esta lógica.

Se ha encontrado en San Benito una idea de “desarrollo” cada vez más compleja, en la que se conjugan aspectos psicológicos, emocionales y éticos, que se evidencia en un discurso en contra de la violencia hacia sus hijos, como el hecho de que no les peguen o que no haya violencia en la familia.

A partir de allí se habla de la buena salud o buen desarrollo del niño, tomando en cuenta la promoción de ambientes saludables y espacios públicos libres de peligros.

Para las madres o cuidadoras de los niños, la idea de “urbanidad” como parte de ese desarrollo integral se sustenta en este mismo discurso, ya que la delimitación de los espacios de tránsito como pistas y veredas, parques y jardines, le otorgaría a San Benito una condición de lugar saludable para un niño. Cuando se adopta este discurso, la alimentación del niño pasa a un segundo plano, pues las mamás aseguran alimentarlos bien, siendo el medio ambiente que los rodea, caracterizado por esta carencia de agua y condiciones climatológicas de las Lomas, más las condiciones de “no urbanidad”, las causantes de las enfermedades de los niños: “Ellos no tienen dónde correr, acá no hay un parque, el polvo entra a la casa, los animales hacen en donde sea y traen las enfermedades, eso ha hecho incluso que

varias vecinas se hayan cambiado de lugar, se hayan mudado”. (Madre de familia de niños menores de 10 años, 4.a zona).

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

Percepciones y opiniones con relación a los servicios de salud

Los servicios de salud, según la “cultura medica oficial” en San Benito, son aquellos que trasladan y reproducen una serie de lineamientos que se encuentran respaldados por instituciones con autoridad (MINSA, OMS, etc.), que a través de un modelo científico más positivista, se han denominado como “verdaderas recomendaciones”. En San Benito este modelo oficial de salud muchas veces no puede ser puesto en cuestionamiento por las madres y cuidadores de los niños, pero sí puede ser prescindible para ellas.

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

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

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

En este sentido hubo muchos comentarios de desconfianza de las mamás con respecto al médico que atiende el único consultorio en San Benito. Alrededor de él hay muchos comentarios sobre su ineficiencia y poco interés por atender las verdaderas necesidades de los pacientes.

Entre las averiguaciones que se hicieron con respecto a este tema, nos informaron que este personal estaba siendo sancionado por un asunto de corrupción en otro establecimiento de salud y que la Dirección de Salud lo había sancionado enviándolo al establecimiento de salud de San Benito como médico jefe. Lo grave de esta situación es que pareciera que este hecho sucedió y sucede con los demás profesionales de la salud que atienden en San Benito. Así estas informaciones han circulado por este lugar y han generado la desconfianza de la población.

Al contrario de lo que paso con el médico, sucedió con la enfermera del control de crecimiento de los niños y con la nutricionista, por quienes las madres sentían una verdadera confianza y buena atención. Ambas fueron “ascendidas” y las cambiaron de San Benito a otro centro de salud, ocupando un cargo con una mejor condición laboral.

Estos hechos evidencian que San Benito se encuentra en la categoría de lugar de “castigo” o “sanción”, a donde se envía personal de salud de dudosa reputación profesional, que no desea quedarse allí pero se ve obligado a hacerlo. Esto podría estar alimentando el rechazo de la población hacia su propia comunidad.

Esta situación resulta semejante a la encontrada en cuatro comunidades campesinas de Ayacucho donde se observó una relación marcada por la desconfianza, el temor y la verticalidad en la transmisión de conocimientos de parte de los proveedores de salud (5). Del mismo modo, se apreció en otro estudio en Lima, que el tipo de relación que existía entre los proveedores de la atención de salud y las familias presentó un carácter asimétrico de dominancia y subalternidad que dificultaba las actividades de prevención y curación de las enfermedades de los niños (6).

Frustraciones y dificultades de las madres y las cuidadoras de los niños

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

Son razones “escondidas”, como deseos no expresados con relación al estar ubicadas en un lugar que no les corresponde ni coincide con las expectativas de vida que tenían o que hubieran querido tener para ellas mismas.

Las madres viven una situación de frustración, que podría estar conduciendo al descuido de la atención de sus hijos, incluso exponiendo su vida a peligros constantes.

Percepciones del personal de salud sobre el proceso salud/enfermedad

“Si el niño está desnutrido o no tiene un cuidado en la higiene por parte de la madre, es culpa de la madre que se vaya a enfermar”. (Personal de enfermería del EESS San Benito).

Si bien es cierto que algunas de las causas de las enfermedades en San Benito están relacionadas con el acceso al agua o la contaminación ambiental, es necesario mencionar que muchos episodios de enfermedades también se asocian con otros aspectos que difieren del discurso de las madres. Uno de ellos es el problema nutricional. Si partimos del discurso del personal de salud, podemos afirmar que los niños se enferman porque tienen deficiencias de algunos nutrientes, ya que un buen estado nutricional los harían más resistentes a las infecciones. Esa es la razón que respalda una política de salud de parte del Estado peruano, que ya lleva muchos años administrando suplementos de vitamina A, zinc, hierro y multimicronutrientes (22,23).

Por otro lado, cuando llega el invierno también hay una baja de la afluencia de niños a los controles de crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud, pues las mamás no pueden llevar a sus hijos a sus controles. El personal de salud ha visto con malestar que las madres no son suficientemente “responsables” para, a pesar de esta situación, hacer esfuerzos para traer a sus hijos al control de salud.

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

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

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

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

Efectivamente, el hijo se recuperó y no debería recibir la canasta, sin embargo, es comprensible esta respuesta

de la madre, pues con esa canasta comían todos los demás niños de la casa. Entonces, la preocupación de la nutricionista era qué tanto en realidad este programa alimentario estaba erradicando realmente la desnutrición o la estaba promoviendo, ya que si ellas querían seguir recibiendo alimentos tenían que tener a su niño desnutrido.

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

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

De acuerdo con algunos estudios latinoamericanos, el proceso salud-enfermedad está determinado por diferentes mecanismos, entre los cuales destacan las condiciones materiales existentes debido al desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción. Y toda esta cuestión ideológica resulta ser dinámica y hasta contradictoria (24,25).

Resulta interesante mirar el proceso salud enfermedad desde una perspectiva estructural, ya que permite entender que se hace parte de algo más grande, como la sociedad, y por ello los individuos adquieren estilos de vida acordes a su realidad social (26).

El estudio destaca que los saberes y las percepciones de los cuidadores de los niños, en cuanto al proceso de salud-enfermedad, presentan características peculiares propias de este asentamiento humano ubicado en las Lomas de Carabayllo. Entre ellas se destacó que:

- a) Hay una diversidad de cuidadores de la salud de los niños: abuelas, hermanas, tías, vecinas, etc., y eso resulta en una falta de responsabilidad clara frente a la crianza de los niños y por ende a su salud.
- b) Los problemas de salud del niño son vinculados al medio ambiente de la zona y a la carencia del agua potable.
- c) Las madres están convencidas que la salud es consecuencia de una buena alimentación, pero en la práctica pesa más el costo-beneficio en términos de facilidad, dinero y tiempo que le puede brindar un alimento.
- d) Existe una falta de comprensión recíproca entre las madres y el personal de salud, que resulta de la mirada de “negligencia” que tiene cada uno del otro.

Finalmente, estos resultados coinciden con otras realidades observadas en poblaciones con características semejantes de otros lugares, por lo que resulta interesante tomarlos como antecedente en la elaboración de las estrategias para solucionar problemas de salud infantil ♠

Agradecimientos: A la asociación civil Warmi Huasi en Lima donde se realizó la investigación, a la Mg.Sc. Ivonne Bernui Leo y al Dr. Humberto Rodríguez Pastor por su asesoría durante el proceso de investigación.

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 [Internet]. Lima: INEI; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/43lrQaC>.
2. Alcazar L, Ocampo D, Huaman-Espino L, Aparco JP. Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2013; 30(4):569-74. [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/48Nt4F7>.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Centro de Investigación y Desarrollo. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú: 1996-2007 [Internet]. Lima: INEI; 2009. [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/4oi2uc0>.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Programa Buen Inicio: Evaluación externa [Internet]. Lima: Unicef; 2007. [Internet]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3hf9tts2>.
5. Del Pino P, Mena M, Torrejon S, Del Pino E, Arones M, Portugal T. Repensar la desnutrición: Infancia, alimentación y cultura en Ayacucho. Lima: IEP; 2012.
6. Rubin de Celis E, Pecho I, de Suremain CE, Lefevre P. Representaciones y significativos de la salud infantil en el Perú. En: Rubin de Celis E, Sejas E, editores. *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque multidisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú*. La Paz: IRD/IFE/Plural Editores; 2003. p. 139-188.
7. Allport FH. El problema de la percepción: su lugar en la metodología de la ciencia. Buenos Aires: Nueva Visión; 1974.
8. Aguado JC, Portal M. Identidad, ideología y ritual. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992.
9. La percepción sensible en René Descartes. En: *Simposio Percepción: Colores*; 1992 Ago. 11-14; México DF.
10. Kottak CP. *Antropología cultural*. 14.ª ed. México DF: Mc Graw-Hill/ Interamericana Editores S.A.; 2011. [Internet]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5dcn27ny>.
11. Pardinás F. *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales. Introducción elemental*. 12.ª ed. México DF: Siglo Veintiuno Editores S.A.; 1974. [Internet]. Disponible en: <https://url-shortener.me/85T2>.
12. Rodríguez-Gómez G, Gil-Flores J, García Jiménez E. *Metodología de la investigación cualitativa*. 2.ª ed. Granada: Ediciones Aljibe; 1996. [Internet]. Disponible en: <https://url-shortener.me/85T9>.
13. Warmi Huasi. Voces de los niños y niñas del AAHH San Benito sobre la situación laboral de sus madres y de la comunidad. Lima: Warmi Huasi; 2012.
14. Cardozo Alarcón V. *Cultura alimentaria y representaciones sociales de la salud de los niños y niñas: una mirada desde los actores en el Asentamiento Humano San Benito [tesis de maestría]*; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [Internet]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2s2m84tv>.
15. Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía: métodos de investigación*. 2.ª ed. Barcelona: Paidós Ibérica; 2001.

16. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. Newbury Park: Sage; 1994.
17. Goetz JP, LeCompte MD. Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Morata; 1988.
18. Harris M. Bueno para comer: enigmas de alimentación y cultura. Madrid: Alianza Editorial; 1999.
19. Quispe E, Tacuman S. Carabaylo: génesis de Lima Norte. La reivindicación de un distrito histórico. Lima: Municipalidad de Carabaylo; 2011.
20. Centro de Investigación, Documentación y Asesoría Poblacional. Principales problemas ambientales de Lomas de Carabaylo. Lima: CIDAP; 2009.
21. Breilh J, Tillería Y. Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; Ediciones Abya-Yala; 2009.
22. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención. Lima: Minsa; 2015. [Internet]. Disponible en: <https://url-shortener.me/85U0>.
23. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos de gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. Documento técnico [Internet]. Lima: INS; 2011. [Internet]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5h32e8tk>.
24. Mendoza LM, Jarillo E. Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. *Ciência Saúde Coletiva* [Internet]. 2011; 16(Supl. 1):847-54. [Internet]. Disponible en: <https://tinyurl.com/mwyzfzya>.
25. Eslava-Castañeda JC. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2017; 19(3):396-403. [Internet]. Disponible en: <https://tinyurl.com/mueu64r6>.
26. Idrovo AJ. Determinación social del proceso salud-enfermedad: una mirada crítica desde la epidemiología del siglo XXI. *Rev. Salud Pública* (Bogotá). 2017; 19(3):404-8. [Internet]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n8mycsx>.