

Artículo Original / Original Article

Percepción del discurso nutricional para el control del sobrepeso y obesidad por parte de mujeres de nivel socioeconómico bajo en Santiago de Chile

Perception of the nutritional discourse for the control of overweight and obesity among women from low-income households in Santiago, Chile

RESUMEN

Paula Hernández¹, Carolina Franch².

Actualmente, Chile presenta niveles por sobre el promedio regional y mundial de sobrepeso y obesidad. Esta condición se distribuye desigualmente entre la población, concentrándose en mujeres (quienes lideran el ranking latinoamericano de obesidad), acrecentándose entre aquellas de bajos ingresos. Este dato corrobora que el problema nutricional excede con creces el ámbito biológico y que si se busca tener resultados positivos en la disminución del sobrepeso y obesidad, urge observar sus condicionantes socioculturales. Desde 2005 las políticas públicas han implementado medidas basadas principalmente en ofrecer recomendaciones e información nutricional a la población. A través de un estudio cualitativo-etnográfico nos interrogamos respecto al modo en que las mujeres perciben el discurso salubrista y las recomendaciones nutricionales. Confirmamos que los mensajes sobre la adecuada alimentación son recibidos y comprendidos. Sin embargo, se interiorizan como una imposición altamente restrictiva, que no se condice con sus estilos de vida, que exige implementar cambios para los que no se sienten capaces ni suficientemente respaldados por su entorno cercano. Se concluye que es necesario reorientar los esfuerzos, desplazando el foco desde la difusión de información y la responsabilización individual, hacia la construcción de estrategias que pongan como eje central a las personas dentro de sus contextos particulares. Palabras clave: Comunicación; Discurso nutricional Mujeres; Nivel socioeconómico bajo; Obesidad; Percepción.

ABSTRACT

Currently, Chile has levels above the regional and the global average for overweight and obesity. This condition is distributed unequally among the population, concentrating among women (who lead the Latin American obesity ranking) and increasing among those with low incomes. This data verifies that the nutritional problem exceeds the biological scope, thus it is crucial to observe its sociocultural conditions. Since 2005, public policies have been implemented based mainly on offering recommendations and nutritional information to the population. Through a qualitative-ethnographic study, we inquired about the woman's perception of the health discourse and the nutritional recommendations. We confirm

-
1. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Santiago de Chile.
 2. Departamento de Antropología, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

*Dirigir correspondencia a: Paula Hernández.
Decanato FACSÓ.

Av. Ignacio Carrera Pinto, 1045, Ñuñoa, Santiago de Chile.
Teléfono 229787798.
Correo electrónico: pfernandez@uchile.cl

Este trabajo fue recibido el 19 de noviembre de 2018.
Aceptado con modificaciones: 09 de enero de 2019.
Aceptado para ser publicado: 26 de abril de 2019.

that messages about proper eating are received and understood. However, they are internalized as highly restrictive, incompatible with their lifestyles, and require changes that participants felt they were incapable of or sufficiently supported by their immediate environment. We concluded that it is necessary to redirect efforts, shifting the focus from the dissemination of information and individual responsibility, to the construction of strategies that place people at the center of their particular contexts.

Key words: Communication; Nutritional discourse Low income level; Obesity; Perception; Women.

INTRODUCCIÓN

“La obesidad no es producto de un fracaso moral de los individuos sino del fácil acceso a los alimentos que

tienen gran contenido de grasas y azúcares. Por lo tanto, las principales acciones destinadas a mejorar los determinantes sociales de la salud deben provenir de sectores que no son el sanitario¹.

Este trabajo expone algunos hallazgos del Proyecto financiado por el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS) SAI102003 "Diseño de una propuesta metodológica para identificar barreras y potencialidades culturales, enfocada al control y prevención de la epidemia sobrepeso/obesidad en población femenina de bajos recursos en Chile". Éstos se inscriben en el área de las políticas públicas, específicamente en el ámbito de la salud y su promoción de estilos de vida saludable en Chile.

El objetivo de este artículo es puntualizar en aspectos culturales claves para comprender por qué no han sido eficaces los modelos de intervención para la disminución del sobrepeso y obesidad en mujeres de escasos recursos en Chile, específicamente aquellos enfocados en la difusión de pautas saludables de alimentación.

Las mujeres de los segmentos económicos bajos han sido identificadas como la población que presenta las cifras más preocupantes de sobrepeso/obesidad a nivel país^{2,3,4}, convirtiéndose en un segmento de alta vulnerabilidad en el acceso a la salud y a vivir una vida digna y saludable. Razón por la cual se estableció dicho grupo como universo de estudio.

Esta evidencia se enmarca en que Chile sostiene un proceso de transición nutricional, que se define como un cambio en los hábitos de alimentación caracterizado por un mayor consumo de alimentos ultra procesados e hipercalóricos, especialmente en los contextos urbanos, lo que sumado con una reducción de la actividad física –reflejada en las cifras otorgadas por la última Encuesta Nacional de Salud, que señala que el 86,7% de la población es sedentaria, siendo las mujeres quienes menos se ejercitan, llegando a un 90% frente a un 83% de los hombres⁵– da como resultado cifras alarmantes de sobrepeso y obesidad en la población, agravándose el fenómeno entre la personas de menores ingresos–escolaridad y entre las mujeres⁶. Este fenómeno se intensifica en los países en vías de desarrollo, siendo Chile un caso paradigmático, junto a Brasil y México, dentro de América Latina⁷. En efecto, Chile es el segundo en la región en el ranking de consumo de alimentos ultraprocesados con un promedio anual per cápita de 201,9 kilos⁸.

La transición nutricional se inicia en la década de los '90 en nuestro país. Berrios et al⁹, hace casi 30 años, observaron en una muestra obtenida de la Región Metropolitana, que el 22% de las mujeres y el 13% de los hombres eran obesos, y que esta patología era más frecuente a mayor edad y en mujeres pobres¹⁰. Estudios realizados en EE.UU. también describen que las mujeres con menos años de educación y de menores ingresos tienen mayor prevalencia de obesidad que los varones (28% y 22% respectivamente)¹¹.

Desde el año 2006 las medidas y políticas estatales propiciadas para prevenir y controlar tales índices, adscriben a los enfoques que enfatizan los Determinantes Sociales de

la Salud, reconociendo la necesidad de abordar el problema desde una perspectiva multidisciplinaria que atienda a las particularidades y el contexto de los sujetos, tanto como a los aspectos puramente nutricionales (Estrategia Global Contra la Obesidad (EGO) 2006. Elige Vivir Sano 2011. Mayo 2013 Ley 20670 crea el "Sistema Elige Vivir Sano" dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. En 2015 se da inicio a Elige Vivir Sano en Comunidad para en el 2018 relanzar el programa Elige Vivir Sano). Sin embargo, el conjunto de las iniciativas creadas y adoptadas no han demostrado avances palpables respecto a revertir la situación o a lo menos, contener su expansión. De hecho, los índices de sobrepeso y obesidad en el país han ido en constante aumento, subiendo 13 puntos porcentuales de 2003 a 2016, llegando a un 74,2%¹².

Con el objetivo de mejorar la eficacia de las medidas destinadas a la prevención en el grupo de mayor riesgo, es que nos propusimos identificar cómo perciben las mujeres el discurso nutricional por parte de los agentes estatales de la salud y cómo este discurso se transforma o no en prácticas orientadas a cambios de hábito que impacten positivamente en la salud de las personas.

En este sentido, las páginas siguientes se proponen evidenciar los desajustes entre el mensaje que promueve cambios de hábitos y estilos de vida enunciado por los diversos/as funcionarios/as del sistema de salud, con aquellas prácticas desplegadas por las usuarias para conseguir dichos cambios. Los resultados mostraron que predominó una percepción negativa debido a la forma en que son comunicados y expresados los mensajes y recomendaciones y que, por lo mismo, inhibe los procesos de transformación.

Visualizar estas significaciones y esquemas de conducta son un primer paso para potenciar directrices que no sólo sean nutricionalmente adecuadas, sino pertinentes desde la lógica cultural para quienes se enfrentan a la compleja misión de modificar sus hábitos cotidianos. Para ello se vuelve fundamental que la relación entre las mujeres y el personal de salud se establezca como un facilitador y no como una más de las barreras para la prevención y/o disminución del sobrepeso/obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación llevada a cabo utilizó la metodología cualitativa, por presentarse como la más adecuada para acceder a las percepciones, significados y prácticas del segmento estudiado. El carácter del estudio es descriptivo y se aplicó el método etnográfico que permite observar in situ los fenómenos socio-culturales que se esperan conocer.

El instrumento aplicado fue la entrevista semi-estructurada. Ésta permitió entablar un diálogo fluido con las mujeres, sin imponer juicios de valor, lo que facilitó que expresaran libremente sus percepciones sobre el mensaje y las intervenciones nutricionales. Las entrevistas duraron entre 90 y 120 minutos, fueron audiograbadas y transcritas para su análisis.

El universo de estudio fueron mujeres pre-menopáusicas

y post-menarquias de nivel socioeconómico medio bajo y bajo residentes en la ciudad de Santiago, correspondientes a los niveles C3 y D, según el nuevo modelo de grupos socioeconómicos¹³.

Se aplicó un muestreo intencionado a partir de la definición de perfiles que cruzaron 4 categorías excluyentes: estado nutricional (con/sin sobrepeso-obesidad), trabajo remunerado (sí/no), hijos (sí/no), pareja al momento de la entrevista (con/sin) (Tabla 1).

Así se definió y estableció un número de 30 con el que se consiguió la saturación de la información. La categoría con/sin sobrepeso-obesidad se asignó según la distribución a nivel nacional de dicha condición 2/3 y 1/3 respectivamente.

Las mujeres con hijos que fueron entrevistadas formaban parte de la cohorte de estudio FONDECYT "Efectos del momento del rebote adiposo y el crecimiento temprano sobre: crecimiento, adiposidad y factores de riesgo de enfermedades crónica en pre púberes chilenos" y las que no tenían hijos/as debieron ser contactadas por medio de la técnica bola de nieve.

Para el examen de la información, las treinta entrevistas fueron codificadas, por medio del software de análisis cualitativo ATLAS.ti, obteniendo categorías principales de observación las que emergieron a partir del propio discurso otorgado por las mujeres participantes.

Posteriormente, con el fin de profundizar en la observación y entender las prácticas cotidianas respecto a los hábitos alimenticios, preparación y consumo de los alimentos, se seleccionaron nuevamente a diez mujeres de la muestra inicial a las cuales se revisitó, durante 5 a 8 horas, en sus hogares por lo menos en dos instancias teniendo así la contemplación de los días de la semana y fines de semana. El registro específico para esta etapa, se confeccionó como estilo portafolio, reuniendo notas de campo, grabación de audio y/o video y fotografías

de cada una de las mujeres. Para el análisis se utilizaron fichas etnográficas como herramienta de sistematización de la información.

Con respecto a los resguardos éticos, la investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, que asumió la aplicación de un consentimiento informado, transparencia de las entrevistas, además de la retribución de un presente por la colaboración con el estudio. Por último, para el resguardo del anonimato de las participantes sus nombres han sido cambiados.

RESULTADOS

Uno de los mayores hallazgos de nuestra investigación fue constatar que no encontramos una correlación entre el manejo de información y el estado nutricional de las participantes. Es decir, los altos niveles de sobrepeso y obesidad no se debían a un desconocimiento de las recomendaciones dietarias promovidas por el MINSAL y difundidas a través del sistema público de salud. En cambio, lo que se corroboró fue que todas las entrevistadas conocían, comprendían y eran capaces de reproducir al menos parcialmente los contenidos de las Guías Alimentarias Basada en Alimentos (GABA). Éstas han sido diseñadas como un instrumento difundido a nivel nacional, con el fin de contribuir a la educación y promoción de alimentación saludable y actividad física, para prevenir y disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles¹⁴.

Junto con lo anterior, las entrevistadas también manifestaron conocer las potenciales consecuencias para la salud que presenta el sobrepeso y la obesidad.

Esta información coloca en entredicho la afirmación de que la implementación de las GABA ha sido débil para la experiencia chilena¹⁵. Asumiendo que la deficiencia de difusión de las guías es una de las mayores barreras para

Tabla 1. Perfiles para la selección de la muestra.

Mujeres entre 18 y 50 años NSE bajo y medio bajo																															
	Con sobrepeso-obesidad																				Sin sobrepeso-obesidad										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Con hijos/as	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x	x		x	x	x	x		x	
Sin hijos/as		x																	x	x				x					x		
Trabaja remuneradamente	x	x	x	x	x	x	x	x													x	x	x	x							
No trabaja remuneradamente										x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x						x	x	x	x	x	
Con pareja	x		x	x	x					x	x	x	x	x	x	x					x		x		x	x	x		x		
Sin pareja		x				x	x	x									x	x	x		x		x					x	x	x	
Total	20																				10										30

la adopción de hábitos alimentarios equilibrados por parte de la población estudiada.

Este abordaje de la política pública, ha tenido como punto focal la creación, comunicación y difusión de mensajes educativos que ofrecen discursos sobre “la adecuada alimentación”, otorgando 11 indicaciones para modificar acciones cotidianas que regulan cantidades, variedades y combinaciones de alimentos junto con la promoción de actividad física.

Queremos hacer hincapié en el hecho de que las GABA apuntan a la modificación de conductas cotidianas. Conductas que debemos considerar, se encuentran hondamente arraigadas en la población debido a que se replican diariamente de manera automatizada –nadie reflexiona respecto a su propia cultura alimentaria hasta que se ve obligado/a por motivos de salud, de migración, profesionales, etc.–. A su vez, las conductas se asientan en tradiciones adquiridas a lo largo del ciclo vital por medio de la socialización, de manera tal, que van siendo interiorizadas sin un mayor cuestionamiento. Este conjunto de saberes además porta un simbolismo que consolida una tradición y un sistema alimentario propio y coherente.

Debemos entender que las guías (por medio de la estrategia discursiva) apuestan al cambio, al dar indicaciones que pretenden transformar un sistema alimentario que ha llevado décadas para su consolidación y que cuenta con un soporte de mayor complejidad, que desborda la racionalidad y se vincula con la memoria, lo afectivo y lo concreto del vínculo familiar y social.

Bajo este ángulo, para que las GABA sean eficaces y puedan incidir en la conducta alimentaria, deben superar a lo menos tres barreras: Primero que la información llegue hasta la población objetivo; luego, que dicha información sea comprendida y aceptada como válida y aplicable; y, por último, que las recomendaciones sobrepasen la dimensión discursiva para instalarse en la práctica.

En la primera y segunda barrera es donde las políticas públicas han desplegado mayores esfuerzos, siendo especialmente exitosas en conseguir que la información llegue a las personas en un lenguaje claro y sencillo, con una estética atractiva y cercana.

Para ilustrar el hecho de que el discurso de las GABA es conocido, pero no aplicado, se muestran a continuación las citas de dos mujeres que participaron del estudio. El comentario de Marcela refleja como las nociones de alimentación saludable son ampliamente manejadas por las mujeres, pudiendo incluso repetirnos las indicaciones que las nutricionistas les sugirieron en el consultorio.

“Un pollo descuerado, sin el cuero, por ejemplo cocerlo al vapor con unas ensaladas, diferentes tipos de ensalada, ensalada de poroto que sean verde no de los otros porotos, con lechuguita, tomate, un huevo duro, un pedazo de quesillo, una mitad de una palta, eso es saludable. Leche descremada. No si lo otro lo tengo súper claro.” (Marcela)

Sin embargo, es en el tercero de los puntos señalados donde consideramos que no se ha alcanzado la meta trazada.

Para superar esta barrera urge observar e interpretar las dinámicas cotidianas de ingesta alimentaria.

En efecto, desde la perspectiva de las mujeres, el problema radica en las dificultades que a ellas se les presentan para incorporar las recomendaciones a sus prácticas diarias.

Es que uno no saca nada con las dietas que le dan porque <no coma esto no coma, no coma, no coma> o sea, no puede comer nada, o sea quieren que uno coma como un pájaro, pura lechuga, el huevo sin la yema, una papita del porte de un huevo ¿quién se va a alimentar con eso?, ¿cómo me van a dar una dieta que coma media taza de arroz? Si tengo así un estómago de gigante, no puedo, si estoy acostumbrada a comer. Díganme <vaya disminuyendo de a poco> pero no. No puedo comer embutido, no puedo comer cecinas, no puedo comer queso, dígame ¿qué cosas puedo comer que no sea pura lechuga? (...) Claro, muchas cosas que le prohíben, pero tampoco le dice <coma esto con lo otro> no, nada. Ellos solamente le dicen lo que no puede comer y que es una lista enorme...” (Victoria).

Atender a la visión que Victoria nos ofrece respecto a cómo las mujeres interpretan las recomendaciones nutricionales y el modo en que se sienten interpeladas por el personal de salud que las difunde, es de suma importancia. La alusión reiterativa a la palabra no implica que el discurso se asume como una constante prohibición, ello a pesar de que las recomendaciones de las GABA se han encauzado en utilizar un formato propositivo. De este modo, las pautas de recomendación son asimiladas por las usuarias como un sistema que organiza los alimentos en dos grandes categorías: los prohibidos y los permitidos. Sin embargo, la relación entre éstas está descompensada, siendo el listado de los alimentos prohibidos significativamente más numerosa que la de aquellos que se promueve consumir.

No se trata de que objetivamente los alimentos sugeridos sean menos variados que los que se procura limitar. Sino de cómo estas sugerencias son interpretadas y asimiladas por el público al que se dirigen, entre ellas las mujeres de nuestro estudio. Es decir, las recomendaciones de las GABAS más que como herramienta de información son entendidas como un constreñimiento de la variedad de productos, preparaciones y sabores. De hecho, la actitud que se asume es la misma que frente a cualquier restricción dietaria, emergiendo las respuestas de “lo tendré que hacer sola, no me vayan ayudar, no puedo, no es para mí, tengo demasiadas tentaciones, etc”.

Lo anterior da cuenta que las GABA se mantienen en la lógica de la responsabilización individual, cuando observamos que las mujeres refieren que su entorno cercano se muestra resistente y poco receptivo a estos cambios, sumado a un ambiente (el mercado, la economía, la industria, los medios de comunicación y publicidad, etc.) incompatible con un estilo de vida saludable.

En definitiva, la visión dicotómica que prima en este proceso de incorporación del discurso nutricional, genera un esquema que distingue dos grupos de alimentos de atributos excluyentes entre sí. Por una parte, se encuentran

los alimentos permitidos-saludables y en contraposición los prohibidos-no saludables, a los que se le adosan una serie de significados concatenados que conforman una estructura rígida, que hemos graficado como un bloque (Tabla 2).

A la estructura saludable-permitido v/s no saludable-prohibido se suma una serie de percepciones negativas o positivas según se vinculan o no, al goce de comer.

De este modo, aquello que la norma indica como adecuado, se fija en el imaginario como lo no apetecible, indeseado, aburrido, sin sabor y que deja con hambre. En suma, lo saludable se establece como la negación del dicho popular “guatita llena, corazón contento” (En Chile guatita es el vocablo popular para estómago, siendo homólogo a panza en otros países hispano hablantes). En otras palabras, lo saludable equivale a restar momentos felices de la vida cotidiana.

Como contraparte, todo lo prohibido y no saludable, se relaciona con el deseo, la festividad, el encuentro familiar y social, así como también con lo rico, llenador, reconfortante, variado. Donde sí se puede concretar la máxima del refrán. Cabe mencionar que para el presente artículo no se utiliza comida chatarra como sinónimo de no-saludable, debido a que el estudio dio cuenta de una distinción conceptual entre ambos, hecha por las propias entrevistadas. Ésta se refiere más bien a la procedencia de la preparación de los alimentos que a sus componentes. Por ejemplo, un completo (hot-dog) comprado en una cadena de restaurantes es “comida chatarra”, no así un completo preparado en casa, el mismo criterio se aplicó para frituras en general (papas fritas, sopaipillas, empanadas).

Para resumir, el esquema que representa la organización de la percepción sobre el consumo alimentario de las mujeres en cuestión, se reduce a una gran y única dicotomía que subsume todo lo anterior: Premio v/s Castigo. El premio en este caso aparece como una instancia de reconocimiento de un logro personal o familiar, por ejemplo, sacar una buena calificación, portarse bien, hacer las tareas a tiempo, recibir el sueldo a fin de mes o el simple hecho de ser fin de semana. Es decir, el premio en el contexto alimentario actual, trastoca la clásica división festivo/cotidiano, respondiendo a una lógica que pautea los consumos alimentarios fuera

de norma o excepcionales, que cada vez emergen como más recurrentes.

Al situarse simbólicamente todo lo no saludable y deseado de lado de premio, el discurso nutricional aportado por las GABA recaerá siempre en el lugar de lo sancionado.

Reiteramos que, aun cuando estos instrumentos y los profesionales de la salud se han enfocado en otorgar un mensaje motivador y positivo, prevalece la percepción negativa generando en última instancia el rechazo en bloque del discurso sobre alimentación saludable.

DISCUSIÓN

Desde mediado de los años '90 las políticas públicas nutricionales en Chile, fueron certeras en identificar el problema de salud poblacional que el insipiente, pero sostenido incremento en los índices de sobrepeso y obesidad en el país, pronosticaba para las siguientes décadas. Como principal medida para contener esta situación se instalaron, desde principios de los 2000, una serie de iniciativas orientadas primordialmente a informar y educar a las personas en cuanto a los riesgos para la salud de la malnutrición por exceso, así como de las conductas alimentarias más adecuadas para prevenirla y controlarla. Hoy, casi 20 años después, nos enfrentamos a las más altas cifras de obesidad en la historia del país.

Este hecho demuestra que la difusión de pautas para la adecuada alimentación, entendida como estrategia pedagógica universal para el cuidado individual de la salud, no es suficiente para contrarrestar el problema.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud enfatiza en las condiciones contextuales, sociales y culturales en que las personas viven y se desenvuelven, las cuales impactan directamente en su capacidad para sostener estilos de vida saludables. Atender a las circunstancias que implican que las personas tomen decisiones respecto a su alimentación e ingesta cotidiana, nos obliga a mirar sus dinámicas contextualizadas, es decir, dentro de sus ambientes cotidianos de desenvolvimiento, reconociendo que la alimentación es un fenómeno social total, que no es posible aislar de los demás aspectos de la vida cotidiana.

Así, el modo en que una persona y/o grupo se alimenta,

Tabla 2. Percepción del discurso nutricional en base a categorías “saludable” y “no saludable”.

Saludable	No Saludable
Permitido	Prohibido
Desabrido	Sabroso
Poco saciador	Saciador
Poca variedad de alimentos	Gran variedad de alimentos
Comidas poco habituales o desconocidas	Comidas habituales o conocidas
Sacrificio Individual	Disfrute colectivo y/o individual

se ve condicionado por los elementos de su entorno más cercano, como por aquellos más generales que lo engloban.

Proponemos el concepto de Cultura Alimentaria como herramienta analítica para comprender las condiciones que subyacen a las actuales cifras de sobrepeso y obesidad en el país y a partir de allí elaborar estrategias de intervención nutricional que generen un impacto positivo en la disminución de dichos índices, pero más importante aún, en la calidad de vida de las personas.

La noción de cultura alimentaria involucra las prácticas, decisiones, saberes y creencias respecto de la alimentación a nivel individual y doméstico, vinculadas con los recursos económicos, conocimientos, valores, oferta y distribución de los alimentos a nivel social. Es decir, el modo en que comemos se ve afectado por las preferencias y aversiones en torno a la adquisición, repartición, preparación y consumo que provienen tanto del ámbito privado como del escenario global¹⁶.

Esta definición aspira a ser un aporte para superar la lógica unidireccional y vertical –desde el conocimiento experto hacia las mujeres sujetos de intervención– en que se transmiten los discursos nutricionales promovidos por las GABA. Dicha lógica impositiva refuerza la percepción de las guías como un mandato imperativo e insensible a las realidades particulares de cada persona y su grupo familiar, siendo una de las principales razones para que, en lugar de adoptar al menos algunas de las recomendaciones, estas sean rechazadas en bloque.

Al desplazar el lugar de cada una de estas mujeres desde la pasividad, para comprenderlas como sujetas mediadoras de sus propios procesos, se abre una posibilidad de superar las barreras de percepción descritas a lo largo del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal SA, 2008, p. 35.
2. MINSAL. National Health Survey. Santiago, Chile; 2003. [Consulted 2018, Oct., 31]. Available in: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/encnacsalres.pdf>
3. MINSAL. National Health Survey. Santiago, Chile, 2010. [Consulted 2018, Oct., 31]. Available in: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
4. MINSAL. National Health Survey. 2017. [Consulted 2018, Oct., 31]. Available in: http://inta.cl/wp-content/uploads/2018/01/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS-1.pdf
5. MINSAL. National Health Survey. 2017. [Consulted 2018, Oct., 31]. Available in: http://inta.cl/wp-content/uploads/2018/01/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS-1.pdf
6. Petermann F, Durán E, Labraña A, Martínez M, Leiva A, Garrido-Méndez A, et al. Factors associated with the development of obesity in Chile: results of the National Health Survey 2009-2010. *Rev Méd Chil* 2017; 145(6): 716-722.
7. De La Cruz Sánchez, EE. The nutritional transition Approach from public policies in Latin America. *Opción* 2016; 32(11): 379-302.
8. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal SA, 2008.
9. Araya M, Padilla O, Garmendia M, Atalah E, Uauy R. Prevalence of obesity among Chilean women in childbearing ages. *Rev Méd Chil* 2014; 142(11): 1440-1448.
10. Araya M, Padilla O, Garmendia M, Atalah E, Uauy R. Prevalence of obesity among Chilean women in childbearing ages. *Rev Méd Chil* 2014; 142(11): 1440-1448.
11. Drewnowski A. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutrition* 2004 Jan, 79(10): 6-16.
12. MINSAL. National Health Survey. 2017. [Consulted 2018, Oct., 31]. Available in: http://inta.cl/wp-content/uploads/2018/01/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS-1.pdf
13. Marketing researchers association (AIM). *New Groups in Chile*. Chile. [Internet] 2018 Feb. [Consulted: 2018 Nov, 16] Available in: <http://www.aimchile.cl/wp-content/uploads/Nuevos-Grupos-Socioeconomicos-AIM-febrero-2018-FINAL-2.pdf>
14. MINSAL. Technical general standard No.148. *Food guides for the population*. Santiago, Chile, 2013.
15. Olivares S, Zacarias I, González C, Villalobos E. Process of formulation and validation of dietary guidelines for the Chilean population. *Rev Chil Nutr* 2013 Sep, 40(3): 262-268.
16. Franch C, Hernández P, Weisstaub C, Ivanovic C. Considerations to identify barriers and cultural potentials for the control and prevention of overweight and obesity in low-income women. National fund for health research (FONIS) Santiago, Chile. 2012.