

SALUTOGÉNESIS DE LA ALIMENTACIÓN EN CHILE: ACTORES INVOLUCRADOS Y BRECHAS DETECTADAS

NUTRITIONAL SALUTOGENESIS IN CHILE: KEY STAKEHOLDERS AND DETECTED GAPS

RESUMEN

Objetivos: Conocer los principales actores involucrados y las brechas detectadas en el proceso de aprendizaje alimentario de una población adulta urbana en Santiago de Chile. **Materiales y métodos:** De una muestra de 100 beneficiarios de un CESFAM, se incluyó a quienes tuvieran un alto Índice de Alimentación Saludable (IAS). Se realizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas en audio, transcritas de manera textual y analizadas mediante la Teoría Fundamentada. **Resultados:** Se entrevistó a 16 personas con IAS alto, en su mayoría mujeres. Los principales actores del proceso de aprendizaje alimentario resultan ser los padres, las experiencias adquiridas en el trabajo y la consulta con el profesional nutricionista. Se detectó una brecha de educación alimentaria entre la población general y el equipo de nutricionistas en contextos de atención primaria de salud. **Conclusiones:** Los padres, los contextos laborales y la consulta con el nutricionista son las principales influencias en el proceso de aprendizaje alimentario. También fueron identificados tres grupos poblacionales (adolescentes femeninas, madres y niños), como poblaciones carentes de intervención nutricional de carácter educativo-preventivo por nutricionistas en el contexto de la atención primaria de salud en Chile, situación que podría perpetuar y mantener los malos hábitos de alimentación de la población general.

Palabras clave: alimentación, nutrición, educación, Chile

ABSTRACT

Objectives: To identify key stakeholders involved in the nutritional educational processes and detect gaps in this process in an urban adult population in Santiago, Chile. **Materials and methods:** From a sample of 100 individuals registered at a primary health care facility, those with a high Healthy Eating Index (HEI) were included in the study. Semi-structured interviews were conducted, which were recorded in audio, transcribed verbatim, and analyzed according to Grounded Theory. **Results:** A total of 16 people with HEI were interviewed, who were mainly women. The main actors involved in the nutritional educational process turned out to be the individuals' parents, workplace experiences, and clinical consultations with professional nutritionists. A nutritional education gap was detected between the general population and teams of nutritionists in primary health care contexts. **Conclusions:** Parents, the workplace, and consultations with nutritionists are the main influences in the nutritional learning process. Three population groups (female adolescents, mothers, and children) were also identified as lacking educational and preventive interventions by nutritionists in the primary health care context in Chile; this situation could perpetuate and maintain unhealthy eating habits among the general population.

Keywords: eating habits, nutrition, education, Chile.

Sofía Sutherland

Licenciada en Nutrición, Chile
Magister en Nutrición Salud y
Sociedad, Holanda

Eliana Reyes
Gabriela Sarra

Licenciada en Nutrición, Chile.
Escuela de Nutrición y Dietética,
Universidad de los Andes, Chile

Emilio González

Licenciado en Kinesiología, Chile
Programa de Magister en Epide-
miología – Facultad de Medicina,
Universidad de los Andes, Chile

Cinthya Urquidi

Departamento de Salud Pública,
Universidad de los Andes, Chile

emiliogonzalez.kine@gmail.com

Recibido 12-07-2018;
Aceptado 24-04-2019

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo Alimentario (ENCA 2010), sólo el 5% de los chilenos reportan una alimentación saludable, mientras que el 95% restante requiere cambiar significativamente sus hábitos alimentarios¹. Durante las últimas décadas, el proceso de transición alimentaria ocurrido en Chile ha generado un ambiente obesogénico con una alta prevalencia de exceso de peso y enfermedades crónicas no transmisibles de origen nutricional².

La mayoría de los estudios acerca de conductas alimentarias y estado nutricional se han enmarcado dentro de la patogénesis (origen de las patologías). Por el contrario, la Salutogénesis es una perspectiva teórica propuesta por Aaron Antonovsky en los años 70, que se centra en el estudio del origen de la salud³. De esta manera la Salutogénesis de la nutrición significa estudiar factores que favorecen conductas alimentarias saludables, prestando atención a aquellas personas que son capaces de mantener una dieta sana a pesar del ambiente obesogénico.

Existen muy pocos estudios que analizan las conductas alimentarias y salud nutricional a través de este marco. Los primeros estudios salutogénicos de la alimentación analizaron qué caracterizaba a las personas que efectivamente logran mantener una dieta saludable, determinando que factores sociales y psicológicos (convivir en pareja, positiva percepción de salud, capacidad de manejar situaciones adversas, restricción alimentaria flexible y autoeficacia alimentaria) se asocian positivamente a hábitos alimentarios saludables. En cambio, factores como alto nivel educacional e ingresos, conocimientos de nutrición y apoyo social no fueron asociados con mejores hábitos⁴⁻⁶.

Existe la necesidad de profundizar en el conocimiento acerca de los actores involucrados en el proceso salutogénico de la alimentación, con el fin de establecer sus relaciones y mecanismos de interacción social. El objetivo de este estudio es conocer y caracterizar a los principales actores involucrados en el proceso de aprendizaje alimentario de una población chilena adulta que posee una buena alimentación pero se desenvuelve en un ambiente obesogénico.

MATERIAL Y MÉTODO

Utilizamos el enfoque cualitativo de Teoría Fundamentada⁷⁻⁹ para rescatar la naturaleza social del fenómeno⁹, así como también una perspectiva constructivista, que permite generar conocimiento y construir teoría en base al rol participativo del investigador¹⁰. Se creó un diseño abierto/iterativo para el desarrollo de las etapas de recolección de la información y análisis, el cual concluyó tras alcanzar saturación teórica sobre los datos obtenidos¹¹.

Mediante llamado telefónico fueron invitados a participar de manera aleatoria 100 usuarios adultos de entre 35 y 65 años, beneficiarios del CESFAM Juan Pablo II, comuna de La Reina, seleccionados de la base de datos de los usuarios inscritos. Se excluyeron del estudio quienes tuvieran diabetes tipo 2, obesidad, estuvieran bajo tratamiento con hipoglucemiantes y corticoides, consumieran suplementos o medicamentos para el control del peso, presentaran patologías que inciden en el estado nutricional, sometidos a cirugía bariátrica, presentaran trastorno de la conducta alimentaria, mujeres embarazadas y nodrizas.

Esta primera muestra aleatoria estuvo conformada por 64 mujeres y 36 hombres, a quienes se les realizó una evaluación nutricional y una encuesta de tendencia de consumo (ETC) para conocer su Índice de Alimentación Saludable (IAS)¹. El IAS permite clasificar la dieta consumida y evaluar la calidad global de la alimentación según el cumplimiento de recomendaciones alimentarias asociadas al riesgo de enfermedades crónicas, asignándose una puntuación de 0 a 100 puntos. Puntajes sobre 80 son indicativos de una dieta "saludable", entre 51 y 80 corresponden a una dieta que "requiere cambios", y bajo 50 se considera "poco saludable".

De los 100 participantes se realizó un muestreo intencionado sobre quienes presentaron un IAS $\geq 71,5$ puntos (sobre el percentil 75 como criterio estadístico), correspondiente a personas con una dieta saludable. La muestra final estuvo compuesta de 16 personas (2 hombres y 14 mujeres), quienes accedieron a brindar sus testimonios mediante la realización de entrevistas semiestructuradas (40 a 60 min), realizadas en sus domicilios particulares o en dependencias del CESFAM Juan Pablo II. Las entrevistas se llevaron a cabo entre los meses de octubre 2016 y enero 2017, previa entrega, explicación

y firma del consentimiento informado.

Los relatos fueron grabados en audio para luego ser transcritas de manera textual, conformando los textos primarios sobre los cuales se realizó el análisis de la información.

Se utilizó un guion temático abordando 4 dimensiones acerca de la alimentación: (i) características individuales, sociales y ambientales en torno a la alimentación; (ii) conocimientos, creencias, percepciones y actitudes respecto de la alimentación; (iii) experiencias influyentes en el desarrollo de conductas alimentarias; (iv) mecanismos que guían las conductas alimentarias.

El análisis descriptivo contempló la codificación abierta de los textos primarios, la generación de conceptos relevantes y la emergencia de categorías, las cuales se ordenaron de manera jerárquica. La fase interpretativa consistió en la generación de redes axiales de relación entre las categorías, lo que permitió una comprensión amplia del fenómeno en estudio¹¹.

El proceso de análisis fue asistido por el programa ATLAS.ti versión 7.5. Se buscó rigor metodológico por medio de la descripción densa brindada por los participantes, así como con la triangulación entre investigadores.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y por CONICYT-FONIS.

RESULTADOS

En torno a los relatos obtenidos surgieron dos categorías comprensivas que permiten develar a los actores principales involucrados en el proceso de aprendizaje alimentario y caracterizar la necesidad de apoyo educacional en torno a la alimentación: 1) ¿Quiénes son los actores de mayor relevancia en el proceso de aprendizaje alimentario? y 2) ¿Qué grupos poseen la mayor necesidad de acompañamiento respecto del aprendizaje alimentario?

1. Actores principales en el proceso de aprendizaje alimentario

En el grupo de las personas que poseen un alto IAS surge de manera protagónica la figura de los padres en el proceso de educación en torno a la alimentación.

P29: *“Debe venir de ahí, de la cuna de uno, la forma que se alimentan los papás es como uno se alimenta, y de la forma que ellos se reunían también a la hora de alimentación.”*

De éstos, la madre posee una mayor visibilidad dentro de los relatos, con una presencia permanente a lo largo del todo el ciclo vital. Las personas logran reconocer sobre la madre la preferencia de alimentos naturales por sobre lo envasados, así como también el orden en la preparación de los alimentos.

P26: *“Mi mamá siempre cocinaba sano, cocinaba poquito pero sano. Ella siempre nos decía que había que comer harta verdura, que había que comer harta legumbre.”*

Los padres también tienen visibilidad en torno a los procesos de educación alimentaria, destacando una gran cualidad para la preparación de alimentos de manera episódica a lo largo del ciclo vital.

Fuera del ámbito familiar el contacto con el nutricionista (en el CESFAM y/o en otros contextos), se caracteriza por ser una atención de tipo horizontal que contrasta con las atenciones recibidas de parte de otros profesionales.

P25: *“[...] Ahora bien, antes comía mal. Ahora desde que empecé a ir a la nutricionista como bien [...] No, lo que pasa es que me enfermé, me agarraron la doctora y me mandaron a la nutricionista y me está haciendo bien a mí, como un beneficio para mi salud.”*

Finalmente es referido un último espacio de aprendizaje en el contexto laboral por personas que desempeñan labores en casas particulares y/o manipulando alimentos en instituciones de educación, muchos de los cuales refieren haber recibido instrucción formal al respecto. Estas personas, habiendo incorporado nuevos conocimientos teórico-prácticos en la etapa de adultez, pudieron también incluirlos dentro de su rutina de alimentación familiar, por lo que cambian su forma de actuar en torno a los alimentos y ciertas conductas alimentarias (Figura 1).

P17: *“Trabajé de manipuladora [de alimentos] en un jardín [infantil] y ahí aprendí como se tenía que alimentar uno. Nos hacían charlas y cursos en verano y ahí fui aprendiendo, guiando mi alimentación y la de mis hijos.”*

2. Detección de la brecha en la educación alimentaria

Es posible detectar la necesidad de educación alimentaria y clasificarla en tres grupos:

El primero de estos grupos corresponde al de madres, debido a su rol y la importancia que ejercen en la crianza de sus hijos durante las primeras etapas de desarrollo. Esta es una característica de la mujer que es madre con hijos en etapa lactante, preescolar y/o escolar, sobre quienes tiene un control respecto a la alimentación.

P29: “[...] Yo creo que en cualquier momento es bueno, yo creo que en cualquier momento es a tiempo. Porque tanto la mamá cuando tienen hijos chiquititos, aunque no inflen mucho, pero igual darles como una noción para que ellas entren un poco en el proceso de pensar. Esa educación yo lo entregaría a una mamá que tenga una hija, así como mi hija cuando las traigan con las enfermeras, enseñarle un poco a la mamá, a las dos juntas.”

Con el tiempo este rol de crianza tiende a convertirse en un rol de consejería permanente en las etapas posteriores de la vida.

P29: “Yo tengo una hija que tiene una guaguüta ahora y yo siempre le he dicho qué tiene que darle de alimentación. Uno como mamá influye en sus hijos en cómo ellos eduquen y den la alimentación que corresponde a sus hijos.”

Dentro del ciclo vital fueron identificadas los niños que inician la formación escolar como un grupo y momento clave para la formación en educación alimentaria.

P23: “Es que sabes que esto [alimentación saludable] es tan importante. Hoy día por ejemplo tú vas a un colegio y ves a tantos niños en sobrepeso y obesos, que yo creo que habría que empezar de abajo, porque claro, si empezamos de ahí, la noción que se va a tener en alimentarse, en comer, en el ejercicio, en todo, va a venir ya inserto en cada niño.”

La importancia de este grupo es reconocida debido a que el aprendizaje que se desarrolla en una primera etapa está basado en la vivencia que generan los padres y cuidadores sobre los hijos respecto a la alimentación, (transición entre la lactancia y la

alimentación complementaria), momento donde los padres definen: preparaciones; porciones y frecuencia.

P18: “[...] Uno de niño aprende lo que ve, tú no tienes la conciencia de que es bueno o que es malo, [...] Con mis hijas les pido que cuando me digan: “mamá, no me gusta”, que primero lo prueben, y ahí que me digan “no me gustó”, porque si no lo han probado no pueden decir que no les gusta.”

Luego, la decisión del niño frente a la gama de alternativas existentes está condicionada por la exposición previa generada por los padres, situación que amplía o limita el repertorio de posibilidades al momento de enfrentar la elección de consumo del niño.

Al integrarse al proceso de escolarización y a medida que avanza en éste y gana autonomía, los procesos de elección tienden a reforzarse sobre ciertos elementos que son de fácil acceso para la sociedad, como por ejemplo los alimentos procesados de alta densidad calórica, perpetuándose así la adquisición de un hábito alimentario no saludable que genera mayor riesgo hacia el desarrollo de enfermedades crónicas de origen nutricional.

P29: “Yo trabajo con niños y yo veo mucho niño obeso [...] Porque llegan con la mamadera de jugo en la mañana, los van a buscar con la mamadera de la bebida o de jugo. Después ellos tienen hijos, hacen lo mismo, y ese es el tema arrastrándose que hay tanto niño que tienen enfermedades que no se veían, como por ejemplo la diabetes, hay niños con diabetes.”

El último grupo identificado en los relatos son las niñas adolescentes, puesto que esta etapa antecede a la maternidad. Es por esto que el motivo de mayor importancia rescatado de los relatos es la necesidad de la madre de cumplir con el rol de guía para la formación de hábitos alimentarios del niño desde la lactancia en adelante (Figura 2).

P29: “Es importante recibir la orientación [nutricional], sobre todo las mamás que son más jóvenes que tienen hijos chiquititos, o que van a tener hijos. Entonces yo creo que a los catorce [años] es una edad como límite, o sea ya no más allá, porque ya estamos hablando que a los catorce y medio, quince ya están teniendo guaguüitas.”

Figura 1. Actores principales en el aprendizaje alimentario

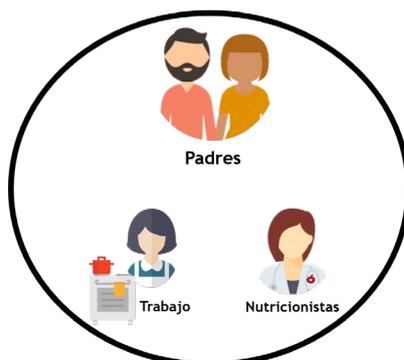


Figura 2. Momentos clave dentro del ciclo vital para incluir y reforzar la educación alimentaria



DISCUSIÓN

Dentro del grupo investigado, 14 de las 16 personas que obtuvieron un IAS $\geq 71,5$ puntos correspondieron al sexo femenino. Estos resultados van en línea con lo reportado en la ENCA, donde se observa que las mujeres chilenas reportan dietas más saludables que los hombres¹. Otros estudios concuerdan con este antecedente, estableciendo el ser mujer como un factor salutogénico^{4,6} y atribuyendo la tendencia del sexo femenino a llevar a cabo conductas saludables sobre la importancia de alimentarse sano⁶.

Quienes se alimentan de forma sana describen el proceso de alimentarse saludablemente como: una dieta balanceada, medida y ordenada; compuesta de alimentos naturales y caseros, destacando la importancia del consumo de frutas, verduras y pescado. Además, se menciona la restricción de los alimentos fritos, altos en grasa y azúcares. Esta definición de alimentación saludable referida por

los participantes coincide en su mayoría con la definición establecida por las autoridades sanitarias y ejemplificadas en las guías alimentarias nacionales¹², por lo que el conocimiento de una dieta saludable está presente en la población chilena adulta y forma parte de su discurso alimentario.

De los relatos analizados emergen acontecimientos a lo largo de la vida que van estructurando la historia alimentaria. Durante la niñez destacan los relatos de las madres como formadoras de hábitos alimentarios y las proveedoras de una alimentación natural, nutritiva y sana mantenida a lo largo de la infancia. A medida que se avanza en el curso de la vida, los relatos revelan acontecimientos que desafían los hábitos alimentarios y llevan a la adaptación y modificación de éstos: una alimentación menos saludable durante la adolescencia y la independencia, o eventos que llevan a enfocarse en la salud y bienestar durante la etapa de crianza, enfrentamiento de una enfermedad y la entrada a la vejez. Estos

eventos han sido descritos en la literatura como etapas o eventos de vida que llevan a redefinir la interpretación de alimentación y por ende a modificar las conductas¹³.

En base a lo anterior, el curso de la vida en sí es el principal elemento que influencia las decisiones alimentarias, al ir formando diferentes factores como ideales, recursos, creencias, etc., que actúan como elementos condicionantes de las decisiones alimentarias¹⁴. Entre las personas entrevistadas, se identifican diversos elementos condicionantes de las decisiones alimentarias. Entre ellos, el repertorio de saberes conformado por conocimientos nutricionales formales (aporte nutricional, porciones a consumir, impacto sobre la salud), como también creencias y mitos adquiridos de fuentes populares son utilizados como herramienta al momento de tomar decisiones alimentarias.

Considerando que el concepto formal de alimentación saludable es de conocimiento común y forma parte del discurso poblacional, sumado a la evidencia contradictoria respecto del impacto del conocimiento nutricional como factor influyente en conductas alimentarias saludables, es importante que el nutricionista revele los mitos y creencias existentes en la población, con el fin de poder entender sus conductas nutricionales y posteriormente generar acciones del tipo educativas-correctivas en su intervención.

Las conductas alimentarias de la población responden a condiciones de vida dadas por diversos determinantes sociales, tales como: ambiente físico; entorno sociocultural; ambiente económico y ambiente informacional¹⁵. Sin embargo, existen factores protectores adquiridos con las experiencias de vida que actúan como recursos para enfrentar positivamente las circunstancias en las cuales las personas se desenvuelven día a día.

De esta manera, el uso de una visión centrada en los factores protectores sobre la salud (perspectiva salutogénica), provee a los usuarios de recursos y herramientas para sobrellevar los desafíos relacionados con alimentación condicionados por las determinantes sociales¹⁶.

Por otro lado, surge espontáneamente desde los relatos la importancia de la educación alimentaria guiada por el profesional nutricionista a lo largo de todo el ciclo vital, con énfasis sobre el género femenino. Sobre esto se destaca al inicio de la edad fértil

como momento clave para abordar las brechas educativas desde temprano, como también la inclusión del binomio madre-hijo.

La razón de este abordaje tiene su origen en la identificación de las madres como el principal actor en el aprendizaje alimentario a lo largo de la vida; sumado a la detección del embarazo adolescente como relevante para la población estudiada. En Chile, la prevalencia de embarazo adolescente alcanza una tasa de 46.3 nacidos vivos por cada 1000 mujeres en el grupo de entre 15 y 19 años¹⁷, por lo que es un grupo relevante en el abordaje de educación alimentario-nutricional.

Las tres grandes razones por las cuales las niñas adolescentes cobran relevancia en la detección de la brecha en educación alimentaria radica, en primer lugar en la protección del riesgo de obesidad durante el embarazo, ya que este es un factor de riesgo para la salud tanto de la madre como del niño¹⁷. En segundo lugar, la adecuación de los requerimientos nutricionales de la madre durante el embarazo, los cuales son esenciales para favorecer el correcto desarrollo del feto y la posterior lactancia¹⁸. Finalmente se devela la necesidad de la madre de cumplir con el rol de guía para la formación de hábitos alimentarios¹⁹⁻²⁰. No obstante, este proceso involucra también la participación del padre u otras figuras relevantes en la crianza.

En este contexto, las instancias de educación alimentaria guiadas por un profesional nutricionista y dirigida a los 3 grupos identificados en los relatos existen, pero al parecer no son reconocidas como tal por los usuarios del CESFAM. De acuerdo a los Programas Nacionales de Salud, las únicas instancias de educación alimentaria realizada por el nutricionista ocurren en la consulta nutricional de los 5 meses y 3,5 años del niño²¹. En los controles de salud sucesivos y a lo largo de toda la etapa escolar, no hay instancias formales de educación alimentaria dirigida a los niños y las familias por un nutricionista, sino que un refuerzo de estilos de vida realizado por el profesional médico y/o de enfermería²². Dado que el reencuentro con el nutricionista ocurre sólo en caso de detección de malnutrición (intervención reactiva)²³⁻²⁵, proponemos una estrategia de derivación preventiva en APS del niño eutrófico que presente factores de riesgo de implicancia nutricional, basándose en las escuelas como punto de encuentro con la comunidad.

Así surge como una oportunidad para el profesional nutricionista su incorporación a los establecimientos educacionales, a modo de intervenir en el ambiente alimentario escolar y en todos sus actores involucrados, acompañándolos en el afrontamiento de los desafíos alimentarios a lo largo de gran parte del ciclo vital.

Como ventajas de la presente investigación podemos mencionar que el modelo de la Salutogénesis propone un cambio paradigmático transitivo desde la patogénesis de la salud. Esta situación genera un desafío tanto para el equipo investigador que introduce un nuevo lenguaje, así como para el equipo de salud y los usuarios que participan de la investigación.

La metodología cualitativa utilizada consideró un trabajo cíclico-circular de análisis de dos investigadores que pudieron desarrollar de manera rigurosa un constructo teórico acerca del objetivo de investigación.

Al ser este un primer estudio del modelo en el área de la nutrición en Chile, surgen muchas opciones de continuidad de investigación tanto para la salutogénesis de la alimentación, como para otras ramas de la medicina y la promoción de salud.

Como limitaciones de nuestro estudio debemos mencionar que la población no corresponde a una muestra aleatoria de toda la población de la comuna de La Reina, ya que incluyó en una primera etapa de selección a usuarios registrados en el CESFAM Juan Pablo II, por lo que los resultados no son generalizables. Además la muestra de los usuarios entrevistados (14 mujeres y 2 hombres), no permite establecer claramente una caracterización particular de la voz masculina, lo cual supone una oportunidad de desarrollo para nuevas investigaciones enfocadas en temas alimentarios y nutricionales desarrolladas bajo la perspectiva de género.

Futuras investigaciones que se desarrollen bajo esta metodología deben considerar ampliar el número de usuarios totales invitados a participar, logrando una muestra de entrevistas con una IAS ≥ 80 puntos.

Financiamiento:

Proyecto financiado por el Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS) SA15I20047

Agradecimientos:

A los participantes de la presente investigación por su tiempo y disposición; al Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS-CONICYT) quienes financiaron el proyecto; a la Corporación de Desarrollo de la I. Municipalidad de la Reina y al equipo del CESFAM Juan Pablo II, en especial a la nutricionista contraparte N. Salas, por su apoyo y gestión; a la Escuela de Nutrición de UANDES y su cuerpo académico compuesto por J. Evans, F. Flores y C. Estay, y a otros miembros de la comunidad académica UANDES: M. Pacheco y N. Rozas.

Finalmente agradecer a las alumnas de la carrera de Nutrición UANDES: I. Bernous; C. Bustos; R. Crisóstomo por su compromiso y dedicación.

Conflicto de intereses:

Los autores del presente artículo declaran la no existencia de conflicto de interés en este manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Universidad de Chile. Encuesta Nacional de Consumo Alimentario en Chile. 2010. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf
2. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud. 2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
3. Lindström B, Eriksson M. The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis. Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research and the IUHPE GWG-SAL.0;2010.
4. Swan E, Bouwman L, Hiddink GJ, Aarts N, Koelen M. Profiling healthy eaters. Determining factors that predict healthy eating practices among Dutch adults. *Appetite*. 2015; 89: 122-130.
5. Swan, E., Bouwman, L., Hiddink, G. J., Aarts, N., & Koelen, M. Individual, social-environmental, and physical-environmental factors that underlie sense of coherence in Dutch adults. *Global Health Promotion*. 2018; 25(1): 33-42. <https://doi.org/10.1177/1757975916639870>
6. Delormier, T., Frohlich, K. L., & Potvin, L. Food and eating as social practice. Understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*. 2009; 31: 215-228.
7. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded

- theory. Chicago:Aldine; 1967. Disponible en: http://sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf
8. Alveiro Restrepo-Ochoa, D. La Teoría Fundamental como metodología para la integración del análisis procesual y estructural en la investigación de las Representaciones Sociales. *CES Psicología*. 2013; 6(1), 122-133.
 9. Jiménez-Fontana, R., García-González, E., &Cardeño-so, J. M. Grounded Theory: Strategy for theory building from empirical data. *Campo abierto*. 2017; 36(1), 29-46.
 10. Martín-Crespo M, (1), Salamanca A. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investigación*. 2007; 27, marzo-abril.
 11. Wardle J, Haase A, Steptoe A, Nillapun M, Jonwutiwes K, Bellis F. Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*. 2004;27(2): 107-116.
 12. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Políticas Publicas en Alimentación y Nutrición. Guías de Alimentación Sana. [Internet] Santiago: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/politicas-publicas-en-alimentacion-y-nutricion/>
 13. Bouwman LI, te Molder H, Koelen MM, van Woerkum CMJ. I eat healthfully but I am not a freak. Consumers' everydaylifeperspectiveonhealthfuleating. *Appetite*. 2009;53(3):390-398.
 14. Bisogni CA, Jastran M, Seligson M, Thompson A. How People Interpret Healthy Eating: Contributions of Qualitative Research. *Journal of NutritionEducation and Behavior*. 2012; 44(4):282-301.
 15. Contento, I. Determinants of Food Choice and Dietary Change: Implications for Nutrition Education. In: Corrigan, L. *Nutrition education: linking research, theory, and practice*. 3 ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016. 30-58.
 16. UnitedStates of America. Roy, Mathieu, et al. "Therelevance of positive approaches to healthforpatient-centeredcare medicine." *Preventive medicine reports* 2 (2015): 10-12.
 17. Gobierno de Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Chile Crece Contigo. Protección Integral a la Infancia [Internet]. Santiago: Gobierno de Chile; 2017 Agosto. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/>
 18. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The Impact of Maternal Obesity on Maternal and Fetal Health. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*. 2008;1(4):170-178.
 19. Picciano MF. Pregnancy and lactation: physiological adjustments, nutritional requirements and the role of dietary supplements. *TheJournal of Nutrition*. 2003; 133(6):1997S-2002S.
 20. Schwartz C, Scholtens PAMJ, Lalanne A, Weenen H, Nicklaus S. Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*. 2011; 57(3): 796-807 <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062002000300002>
 21. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Programa Nacional de Salud de la Infancia. 2014. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web\(1\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014_Norma%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20supervisi%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20de%200%20a%209%20en%20APS_web(1).pdf)
 22. Ministerio De Salud. Gobierno de Chile. Orientaciones Técnicas Para El Control de Salud Integral de Adolescentes. *Control Joven Sano*. 2016. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONTROL-DE-SALUD-INTEGRAL-FINAL.pdf>
 23. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020. Nivel Primario De Atención. 2013. Disponible en :<http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
 24. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Norma Para El Manejo Ambulatorio de la Malnutrición Por Déficit y Exceso en el Niño(A) Menor de 6 Años. 2007. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2007_Norma%20para%20el%20manejo%20ambulatorio%20de%20la%20malnutricion%20por%20exceso%20o%20deficit%20en%20menores%20de%206%20a%C3%B1os.pdf
 25. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Orientación Técnica Para La Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. 2013. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ot_a_MAYOR.pdf