

PERCEPCIÓN DE MUJERES ADOLESCENTES SOBRE SU PESO CORPORAL Y SOBRE LA ATENCIÓN QUE ÉSTE RECIBE EN EL EBAIS.

Dra. Rita Peralta Rivera *

“Amo este cuerpo mío, que ha vivido la vida. Su contorno de ánfora, su suavidad de agua, el borbotón de cabellos que corona mi cráneo, la copa de cristal del rostro”

C. Craigh.

Resumen

Un estudio exploratorio con mujeres adolescentes de un EBAIS del área metropolitana de San José concluye que en las encuestadas (1) El concepto del EBAIS no es estrictamente morbi-céntrico, pero tampoco supera ésta concepción. (2) Afirman que el sobrepeso es malo para la salud y que éste debe ser atendido en los EBAIS, pero la concepción subjetiva de “mujer con peso normal” en las encuestadas corresponde al sujeto femenino con índice de masa corporal (IMC) en sobrepeso de la medición cuantitativa.

Abstract

An exploratory study on female adolescents from a community health attention center (EBAIS) in the urban area of San José concludes (1) The concept of EBAIS

isn't strictly centered on morbidity but does not overcome this conception. (2) Surveyed assume overweight as bad for health and needed of attention in the EBAIS, but de subjective conception of “woman with normal weight” in the surveyed group corresponds with the female subject in overweight in quantitative standard measurement.

Aspectos teóricos.

El complejo proceso de desarrollo adolescente tiene diferentes fases y dimensiones que no se excluyen mutuamente sino que se relacionan dinámicamente. Una de estas dimensiones, por períodos la más llamativa y conflictiva, es la de los cambios físicos profundos que deben pasar los adolescentes. Sus cuerpos cambian pero no sólo en forma física, sino que el proceso de crecimiento y desarrollo va introduciéndolos en una nueva identidad adulta cuyas representaciones sociales sobre el cuerpo comunica valoraciones positivas o negativamente a los jóvenes con respecto a su cuerpo. En síntesis, durante la adolescencia el desarrollo físico es entonces desarrollo de la identidad en tanto imagen corporal. A través del cuerpo que crece se llega a la identidad adulta.

“La imagen corporal es el conjunto de percepciones y representaciones que nos sirven para evocar nuestro cuerpo no sólo como objeto con propiedades físicas sino como sujeto o parte de nosotros mismos

* Coordinadora del EBAIS Curridabat Sur (Programa de Atención Integral en Salud UCR – CCSS)

cargada de afectos múltiples y contradictorios".¹

Pero este desarrollo corporal no es idéntico para todos los adolescentes.

Múltiples coordenadas (situación socioeconómica, género, raza, edad, etc.) generan impactos diferenciados con respecto al desarrollo corporal. Con respecto a esto, es claro que con respecto al cuerpo adolescente, la mayor cantidad de problemas es acarreado por las mujeres.

"La reconciliación con el cuerpo femenino puede durar muchos años y, habitualmente, sólo después de la fase más tumultosa de la pubertad las adolescentes descubren que el cuerpo puede revelar los rasgos más íntimos de la persona".²

Es claro también que esta problemática no sólo afecta al grupo etario de las adolescentes:

"Casi todas las mujeres tenemos una imagen deformada de nuestro cuerpo debido a los millones de imágenes manipuladas por las computadoras de los artistas gráficos, de mujeres 'perfectas' con que nos bombardean continuamente los medios de comunicación. Comenzamos a compararnos con esos símbolos gráficos de perfección incluso antes de la pubertad. Así, solemos relacionarnos con nuestro cuerpo

¹ Bruchon y Schwitzre, 1982. En: Lutte, Gérard "Liberar la adolescencia" Barcelona: Herder, 1991.

² Ibid, p. 121.

mediante comparaciones negativas: 'tengo las caderas demasiado anchas, los pechos demasiado pequeños, las rodillas feas, el pelo demasiado fino' ".³

Dentro de la multidimensionalidad que adquiere una problemática así, aquí corresponde destacar las implicaciones para la salud de la población femenina. En general, sabemos que los trastornos de comportamiento alimenticio son frecuentes en toda la población. En España hay una tasa de 2% para anorexia y bulimia nerviosa, en grupos de riesgo (adolescentes y jóvenes mujeres) esta tasa aumenta a casi un 8%. Las manifestaciones subclínicas de los trastornos alimenticios afectan a un 10% de la población femenina.⁴ Los problemas de salud más comunes asociados a patrones alimentarios son: obesidad, deterioro de dentadura, problemas intestinales, alergias y otras reacciones y cáncer.⁵

Con respecto a latinoamérica, se han identificado factores de génesis de trastornos de comportamiento alimentario: genéticos, género (los afectados son 90% mujeres), evolutivos

³ Natorp, Christiane "Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional". Barcelona: Urano, 1998. p. 661

⁴ Saldaña, "La alimentación y sus transtornos" anuario de psicología española, jun 1999.

⁵ The Boston Women's health Book Collective "Nuestro cuerpos, nuestras vidas" Barcelona: Plaza y Janés, 2000.

(mayor vulnerabilidad en adolescencia y primera juventud), personalidad (problemas de autoestima, inseguridad, aislamiento social), conductas dietéticas de riesgo, conductas alimenticias familiares, expectativas sociales.⁶

“Los adolescente y las mujeres jóvenes por lo general son las que tienen mayores desventajas en lo que respecta a la cuota de alimentación, mientras que sus necesidades de nutrición normales para el crecimiento y desarrollo adolescente se incrementan debido al embarazo. La incidencia de anemia en adolescentes latinoamericanos está entre el 17% y 44% y existen indicaciones de la incidencia en los muchachos es por lo menos tan alta como en las muchachas. La anemia representa un riesgo particular en el embarazo para las muchachas. . La necesidad de hierro que tienen las y los adolescentes , incrementada por el crecimiento, el desarrollo y la menstruación es agravada por la malaria, las lombrices intestinales y schistosomiasis que afecta a las y los jóvenes de manera desproporcionada”. p. 149.

“Las enfermedades causadas por el estilo de vida son las responsables del 40% de muertes en países en desarrollo y el 70% en los países desarrollados.

⁶ Aquí y las siguientes dos citas: UNICEF “Por un cambio en la salud de la población juvenil” EN: Cuadernos de UNICEF sobre programación para el desarrollo y la salud de la población juvenil. Edición 1999.

Es durante la adolescencia que se desarrollan la mayoría de los patrones de comportamiento que conforman estos estilos de vida” UNICEF p. 151

Los problemas de imagen corporal afectan a la población adolescente costarricense.⁷

Entrevistados a cerca de si se siente bien con sí mismos responden que sí un 88,6% de mujeres y un 83.5% hombres entre 10 a 12 años. Esta mejor autopercepción de las mujeres sobre los hombres se invierte luego: ante la misma pregunta responden afirmativamente un 90% de mujeres y un de 97% hombres entre los 13 a 17 años. Por otro lado, los adolescentes entre 13 y 17 años responden a si les gustaría cambiar algo de su cuerpo de la siguiente manera: Si un 19.3% de hombres y un 36.7% de mujeres.

“Esto pone en evidencia el impacto diferencial que tienen los mandatos sociales referidos a la estética corporal, los cuales son, en su mayoría, dirigidos a las mujeres, generando en ellas importantes sentimientos de frustración e incluso ideas obsesivas relacionadas con el deseo de ser delgadas, al sentir que no responden al ideal de belleza construido y promovido por una sociedad de consumo. La ideología patriarcal reduce las fuentes de

⁷ Aquí y en las citas siguientes seguimos a Valverde, Oscar (et al) “Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica: múltiples aristas” San José: J. Rodríguez, 2001.

autogratificación y realización de las mujeres, limitándolas a aspectos referidos a la estética corporal, relación de pareja, maternidad y exponiéndolas de este modo a diversas condiciones de riesgo” (p. 72).

“Hemos encontrado que esta problemática con respecto al cuerpo se asocia significativamente con problemas en conductas alimenticias, poco control con respecto a preferencias y prevención durante las relaciones sexuales, aislamiento social, no uso del condón, sedentarismo, suicidio y escasa participación en grupos” (p. 102)

Si se toma en cuenta la alta tasa de embarazos adolescentes en nuestro país y de la relevancia de la alimentación para la salud materno-infantil se radicaliza la importancia de una profundización sobre esta temática.

Esto corresponde a una tendencia general de la problemática de género en Costa Rica. Para 1999 Costa Rica se colocó en la posición 41 en el índice de desarrollo humano (IDH), con lo cual quedó dentro del conjunto de 48 naciones clasificadas como de alto desarrollo humano. Respecto a la posición atribuible al nivel de ingreso (producto interno bruto (PIB) per cápita paridad de poder adquisitivo (PPA)), el país ganó 6 posiciones. Entre los países de América Latina y el Caribe con un índice superior a 0,800, Costa Rica ocupa el quinto lugar. Barbados

ocupa la posición 31, Argentina 34, Uruguay 37 y Chile 39.

En el índice de pobreza humana (IPH-1) Costa Rica ocupa una posición de privilegio entre los 90 países clasificados, el segundo lugar, después de Uruguay, que tiene el puesto número 1, y antes que Chile, que se encuentra en la tercera posición. No le va tan bien al país en la clasificación según el índice de desarrollo relativo al género (IDG), en la cual perdió dos posiciones respecto al IDH, es decir, el progreso en desarrollo humano no se distribuye equitativamente entre hombres y mujeres. Ocupa una posición relativa semejante en el índice de potenciación de género (IPG), el cuarto puesto en América Latina y el Caribe, aunque hay una recomposición en las primeras posiciones; Barbados ocupa el primer lugar (17), Bahamas el 2° (19) y Trinidad y T. el tercero (21).⁸

La UNICEF (op cit) reconstruye esta problemática en términos de factores causales adversos a la salud: Con respecto a los problemas en la constelación imagen corporal, alimentación y género existen diversos niveles de causalidad a saber:

?? Causas básicas: discriminación de género, valores y normas de la sociedad.

?? Causas subyacentes: Información y actitudes

⁸ Séptimo informa del estado de la Nación. P. 22.

inadecuadas, ambientes no protectores en medios de comunicación y pares.

?? Causas inmediatas: Conductas y situaciones de alto riesgo (alimentación inadecuada)

Empero, hay que matizar toda esta información diciendo que la adolescencia femenina contemporánea ya no es una simple transición hacia la maternidad, hay un mayor acceso a experimentación erótica y a la integración a esferas públicas adultas.

“Los cambios recientes en la identidad femenina presentan características diferentes según los sectores sociales: mientras que en los sectores medios y altos las mudanzas registradas en la identidad femenina están conduciendo a una creciente individuación y diversidad, entre las mujeres jóvenes y adolescentes de los sectores rurales, urbanos de bajos recursos y grupos étnicos es posible que la maternidad sea continúe siendo un horizonte importante debido a las dificultades de acceso a estudios superiores o trabajos calificados. Esto tiende a profundizar las distancias sociales ya feminizar la pobreza”.⁹ p. 239.

Esto implica que los problemas de imagen corporal pueden afectar diferenciadamente según las situación de la mujer adolescente.

⁹ Norma Fuller, “Maternidad e identidad femenina: relato de sus desencuentros”. En Donas, Solum (Comp.) “Adolescencia y juventud en América Latina” Cartago. LUR, 2001.

Específicamente, se encontraría mayor problemática en jóvenes urbanas de clase media y media alta, que manejan mayor presión de expectativas sociales adultas con respecto a ser atractivas, exitosas, independientes. El sistema de salud debe ser interpelado por esta problemática de las adolescente mujeres costarricenses. Dentro del nuevo modelo de salud la intervención debe realizarse desde los modelos de participación social.

“(...) la participación social se dirige al incremento de la participación de las organizaciones de base en la toma de decisiones sobre las políticas y programas de salud más allá de los servicios, y se preocupa sobre todo por abrir espacios para aquellos que no tienen acceso a los servicios o al poder”¹⁰ (p. 40).

El propósito del sistema nacional de salud es, con respecto a la participación comunitaria, *“garantizar a toda la población servicios integrales que permitan la participación de la comunidad en la determinación de necesidades y prioridades, así como orientación de recursos y control del uso de los mismos” (p. 78).*

Es importante el enfoque participativo del sistema de salud y en general del estado con respecto a la atención de las mujeres: “Se

¹⁰ Aquí y en las siguientes citas: Castillo, Alcira (ed) et al. “Participación social en el campo de la salud” En: Curso especial de posgrado Gestión Local de Salud. San José: EDNASSS, 2000.

advierte gran promoción y ejecución de planes gubernamentales en torno a ellas, a pesar de ello no se logra que el gobierno promueva iniciativas de mejoramiento respecto de su situación de discriminación estructural” (p. 71).

Pero las exigencias metodológicas del modelo no son sencillas: *“la práctica de la participación social en la CCSS requiere de la creación de espacios permanentes o periódicos, para la deliberación y concertación; procesos de planificación participativa y desarrollo constante de los recursos humanos, físicos, materiales y financieros. “ (p. 122).* La metodología para la participación social implica para el recurso humano del sistema de salud inserción en la comunidad, identificación de actores sociales y organización de la comunidad para la salud. (p 133 y ss). Pero dentro de esto, tanto el sistema de EBAIS como en general el recurso médico no están entrenados suficientemente para intervenciones comunitarias participativas ni para técnicas cualitativas de investigación, este proyecto de tesis se plantea con especial cuidado la problemática mencionada, pues la intervención comunitaria efectiva es básica para la atención de adolescentes.

“La objetivación de las necesidades y de los procesos de salud tendió a fortalecer enfoques cientificistas que privilegiaron conceptos técnicos y visiones unilaterales (como, por ejemplo, el biologismo en la medicina) que

marginaron de manera significativa a las personas. Predominaron visiones que privilegiaron al hombre sobre la mujer, a la población adulta en relación con la infancia y la adolescencia, a la población blanca o mestiza con respecto a la población indígena y negra” (p. 108).

Una evaluación de las funciones esenciales de salud pública (FESP) realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud, con la participación de expertos provenientes de una amplia gama de instituciones nacionales, revela entre otras cosas que las debilidades del sistema tienen que ver con el desarrollo de recursos humanos y la capacidad de investigación, así como con el control institucional y la capacidad de mejorar los servicios, factores que parecen estar muy relacionados entre sí (Estado de la Nación, op. Cit). El nuevo modelo de salud favorece la participación comunitaria. Complementamos esto con la necesidad de fomentar la participación de los adolescentes y de las mujeres dentro del contexto mencionado. Se requiere entonces

- ?? Romper adultocentrismo
- ?? Tomar en cuenta la exclusión
- ?? Dar voz a los adolescentes
- ?? Espacios para la expresión de capacidades
- ?? Asesoría y herramientas para la autoconducción
- ?? Acompañamiento
- ?? Facilitar la propuesta de iniciativas sin esperar que sean definitivas.

“Uno de los retos principales se orienta a la comprensión profunda, mediante técnicas investigativas de corte cualitativo, de la relación existente entre las representaciones subjetivas de los y las adolescentes de las distintas conductas de riesgo y las motivaciones que los llevan a incurrir en ellas” (Valverde, op cit. p. 126)

Síntesis de la experiencia

El presente estudio busca, con un carácter estrictamente exploratorio, describir percepciones, inquietudes y necesidades de adolescentes y jóvenes de áreas urbanas con respecto al peso de sus cuerpos y en que medida los servicios del programa de salud logran responder, solucionar, informar, proteger o contener estas percepciones. Lo anterior mediante una encuesta aplicada a 15 mujeres de 10 y 19 años adscritas al EBIAS Curridabat Sur (Sector 6).

Se diseñó un cuestionario estándar con 10 preguntas acerca del propio peso corporal, de las implicaciones de éste para la salud, de la calidad de los servicios del EBIAS en general y en específico sobre los servicios en torno al peso corporal. El vocabulario de las preguntas se diseñó pensando en la edad y nivel educativo de las posibles encuestadas y en general no se dieron problemas de comprensión de los ítems. Se encuestó a 14 adolescentes, siendo éstas seleccionadas de la consulta del EBAIS. Todas recibieron encuadre e instrucciones acerca de cómo llenar la encuesta. Cada encuestada realizó este trabajo en forma individual y privada, en un consultorio del EBAIS Curridabat Sur y en el período que va del 28 del Octubre al 15 de Noviembre del 2002.

Resultados

A. Datos generales.

La edad, residencia y ocupación de las encuestadas se describe aquí:

**Tabla 1. Edad, cantidad e Índice de masa corporal de las encuestadas.
EBAIS Curridabat Sur, 2002**

Edad	Cantidad	IMC
10 a 13 años	5	4 con PN*, 1 con SP**
14 a 16 años	5	1 con PN, 4 con SP
17 a 19 años	4	2 con PN, 2 con SP

* PN = Peso normal **SP = Sobre peso

Fuente: Encuesta de percepción de Servicios

Como se ve, la distribución es equitativa entre los diferentes grupos etarios que conforman la adolescencia.

**Tabla 2. Lugar de residencia de las encuestadas.
EBAIS Curridabat Sur, 2002**

Lugar de residencia	Cantidad
Curridabat Centro	6
Barrio San José	5
ASOVIC	2
Condominios	1

Fuente: Encuesta de percepción de Servicios

Los nombres se refieren a diferentes comunidades de Curridabat, ya sea en el centro urbano de esta ciudad o en sus barrios inmediatamente aledaños. Todas las encuestadas provienen de la cultura urbana.

**Tabla 3. Ocupación de las encuestadas.
EBAIS Curridabat Sur, 2002**

Ocupación	Cantidad
Estudiante	9
Ama de casa	2
Desempleada	2
Trabaja fuera de casa	1

Fuente: Encuesta de percepción de Servicios

La ocupación del grupo encuestado es claramente una ocupación no referida al trabajo formal remunerado.

Tabla 4. Estado nutricional Peso/Talla según la edad de las encuestadas
EBAIS Curridabat Sur, 2002

#	Edad	Peso Kg.	Talla cm.	IMC	Estado nutricional
1	11	28	130	16	Normal
2	12	32	136	17.4	Normal
3	12	47	136	25.8	Sobre peso
4	12	40	142	19.4	Normal
5	13	30	135	16.4	Normal
6	15	63	150	23.5	Sobre peso
7	15	51	150	22.6	Normal
8	15	57	147	26.3	Sobre peso
9	16	62	157	25	Sobre peso
10	16	57	150	25.3	Sobre peso
11	17	60	170	20.7	Normal
12	17	65	157	26.4	Sobre peso
13	19	83	167	29.8	Sobre peso
14	19	55	157	22.3	Normal

Fuente: Datos EBAIS Curridabat Sur (Sector 6)

Se ve que 7 de las encuestadas poseen un peso normal, las otras 7 se sitúan en el sobre peso. Como se ve en esta tabla y en la tabla no. 1, la mayor parte de casos encuestados con sobre peso se encuentra entre los 14 y los 19 años.

B. Visión del EBAIS

Corresponde a la preguntas 1 y 2 de la encuesta. La mayor parte de las encuestadas considera que los servicios del EBIAS son excelentes o buenos. Sólo se encontró una respuesta por regular y ninguna por malo. Aquí se evidencia una vez más que la atención en morbilidad sigue siendo la primera y casi única causa de consulta a un EBAIS. Llama la atención que las respuestas de la adolescentes con sobre peso son

más variadas que las respuestas de adolescentes con peso normal. Es decir, las del grupo con sobrepeso reportan que a veces asisten al EBAIS por indicación de sus padres o para un chequeo general de salud.

C. Sobre el propio peso.

Se trata de las preguntas 3 y 4, de las más importantes de toda la encuesta, las encuestadas tienden a sentir con más frecuencia que están "gordas", si bien las respuestas sobre sentirse "normal" o "delgada" no son infrecuentes. La tendencia a sentirse "gorda" se da especialmente en las encuestadas que poseen un índice de masa corporal (IMC) correspondiente al sobre peso. Pero es llamativo que se da como un proceso inverso: las encuestadas con un IMC de peso normal tienden a sentirse delgadas

con mayor frecuencia que a sentirse “normales”. Ninguna encuestada

con sobre peso en su IMC dijo sentirse delgada.

La tabla 5 detalla la doble tendencia mencionada anteriormente:

Tabla 5. Comparación entre cómo se considera la encuestada y su IMC peso/talla.

EBAIS Curridabat Sur, 2002

#	Se considera:	De acuerdo a IMC es:
1	Delgada	Normal
2	Delgada	Normal
3	Delgada	Normal
4	Delgada	Normal
5	Normal	Normal
6	Gorda	Normal
7	Gorda	Normal
8	Normal	Sobre peso
9	Normal	Sobre peso
10	Normal	Sobre peso
11	Gorda	Sobre peso
12	Gorda	Sobre peso
13	Gorda	Sobre peso

Fuente: Encuesta de percepción de Servicios y Datos EBAIS Curridabat Sur (Sector 6)

Esta tabla indica que la mayoría de los casos con IMC normal se sienten “delgadas”. Llama la atención que de las encuestadas con IMC normal tan sólo una se siente también “normal”, las seis restantes se sienten delgadas o gordas. Casi la mitad de las encuestadas con IMC en sobre peso se sienten “normal”, en este subgrupo de encuestadas (las de IMC con sobre peso) si es frecuente que el IMC coincida con la auto-percepción, es decir, que la mayoría de las encuestadas con sobrepeso se sienten “gordas”.

Sin embargo, pese a la confusión entre IMC cuantificable y apariencia auto-percibida, las

encuestadas están prácticamente de acuerdo en que tener un peso adecuado al tamaño propio es muy beneficioso para la salud.

D. Sobre los servicios de salud

Aquí se reportan los resultados de las restantes preguntas de la encuesta (5-10). Casi ninguna de las encuestadas consulta al EBAIS sobre sus problemas de peso. La única respuesta positiva encontrada proviene de una adolescente con sobre peso.

En general las encuestadas dicen haber recibido información nutricional en el EBAIS.

No ha existido malos tratos para con las encuestadas en lo que respecta a su peso y por parte de agentes de salud.

Las encuestadas no reportan conocer personas que padecen desórdenes alimenticios. De las pocas respuestas positivas sobre esta pregunta, las respuestas de encuestadas con sobrepeso son un poco más frecuentes.

La mayoría de encuestadas considera que los desórdenes alimenticios pueden y deben ser tratados en el EBAIS.

Con respecto a los tipos de servicios nuevos que las encuestadas preferiría. La mayoría de las respuestas se refiere a servicios hospitalarios tradicionales (Odontología, psicología, ginecología, ultra sonido, etc.). Otro grupo de respuestas se refiere a servicios formativo-recreativos para adolescentes. Llama la atención el enorme grupo de encuestadas que no respondió a esta pregunta.

Discusión

- ?? ¿Cómo viven sus proceso de cambio corporal las mujeres adolescentes y que implica esta vivencia en términos de conductas de riesgo para la salud?
- ?? ¿Cómo perciben estas adolescentes al discurso, al espacio y a las personas que se agrupan en el EBAIS?
- ?? ¿Qué implica esto para los servicios de atención primaria de la salud adolescente femenina?

Dentro de estas preguntas generales se desenvuelve este proyecto. Por supuesto, los alcances del mismo no permiten responderlas sino tan sólo reflexionar desde de estas a cerca de los resultados obtenidos.

Se pueden identificar fácilmente dos tipos de conceptos o respuestas en función de la estructura del cuestionario: un sector de respuestas se refiere al EBAIS y a los servicios de salud que este brinda, el segundo sector se refiere al peso corporal como entidad abstracta y como vivencia personal.

Sobre el primer aspecto (el EBAIS) se confirman muchas ideas ya conocidas:

Para las adolescentes encuestadas la atención en morbilidad es el quehacer del EBAIS, tanto en su concepción abstracta como en el consumo de sus servicios. Pero esta concepción puede implicar aspectos negativos.

Las encuestadas dicen que los servicios del EBAIS son muy satisfactorios, pero si esto se refiere, por ejemplo a que “cada vez que me enfermo en el EBAIS me curan” nos encontramos con un problema de fondo: la escasa importancia y la poca conciencia que los usuarios juveniles tiene a cerca de las funciones preventivas en salud. Esto se refleja en los nuevos servicios que para el EBAIS sugieren las encuestadas:

A. Medicina de la mujer (ginecología, osteometría, ultra sonido) entendida como los usuales servicios de morbilidad intrahospitalarios. Este tipo de solicitud lo único que refleja es que para las encuestadas una mejora en el servicios del EBAIS sería que fungiera como una fuente local de especialidades médicas. En todo sigue ausente lo preventivo.

B. Atención formativa-recreativa en estilo adolescente. Esta sugerencia parece más novedosa y en clave preventiva. Indica que las encuestadas verían con buenos ojos una humanización metodológica del servicio en salud, humanización entendida como un conjunto de opciones promocionales para adolescentes. Si bien es un punto de vista positivo y hasta llamativo, conviene complementar esto recordando en el nivel teórico que no es suficiente hacer las cosas para determinada población sino que urge hacerlo desde y con esta población.

En general, las adolescentes encuestadas sugieren cosas que no se identifican anacrónicamente con modelos hospitalizantes centrados en la morbilidad, pero tampoco logran superar plenamente el modelo. Parece que se movieran en un espacio intermedio donde la definición de EBAIS y de servicio de salud es poco clara. Esto se refuerza considerando la gran cantidad de encuestadas que no respondió la pregunta 10. Queda por investigar si esto surge de la inadecuación del espacio - EBAIS o del instrumento con que, desde el

EBAIS, se les encuestó. Es decir, la falta de sugerencias puede haber surgido de que las encuestadas no concibieran, no confiaran o no sintieran que el EBAIS (en su conjunto de ambiente, discurso y grupo) sería un interlocutor adecuado para sus sugerencias.

Con respecto al segundo aspecto, el peso en su concepción abstracta y en su vivencia cotidiana, las encuestadas parecen estar de acuerdo en que el sobre peso es malo para la salud, en que es bueno para la salud que el peso sea adecuado a la estatura. No identifican a muchas personas conocidas que sufran desórdenes alimenticios, pero hay acuerdo unánime sobre la pertinencia de los servicios del EBAIS en la atención de cualquier problema relacionado con el peso o la alimentación. Indican que reciben información útil a este respecto (sobre nutrición especialmente) en el EBAIS y que la atención no es irrespetuosa con las personas que tienen problemas de peso.

Esta unidad conceptual de criterio oculta un aspecto muy interesante: lo que las encuestadas llaman peso "normal", es decir, el peso que consideran no dañino para la salud es diferente a los parámetros cuantitativos (es decir, el Índice de Masa Corporal) que se aplican en el EBAIS. Esto puede tener implicaciones muy serias para toda planificación en salud, porque algunas de las encuestadas no se perciben como obesas y por lo tanto podrían descuidar su salud en este aspecto, por otro lado, algunas de

las encuestadas con peso normal se perciben como delgadas y esto podría inducir las a subir de peso.

Esto nos lleva de lleno a la vivencia subjetiva que sobre su peso las encuestadas apenas esbozaron con la pregunta 3. La mitad de las encuestadas con IMC de sobre peso se perciben efectivamente "gordas". Pero este es el único subgrupo que hace concordar su autopercepción con el parámetro cuantitativo, en todas las demás encuestadas ambos difieren. Así, la mitad de las encuestadas con sobre peso se perciben como normales y la mayoría de las encuestadas con IMC normal se perciben como delgadas.

En conjunto esta tendencia en las respuestas implica directamente que entre las encuestadas la concepción subjetiva de "*mujer normal*" es "*más gorda*" que el "*sujeto femenino con IMC normal*" de la medición cuantitativa. Para casi todas las encuestadas un IMC-normal sería estar flaca y el nivel inicial del IMC-sobrepeso es estar normal (después de cierto nivel de gordura, el IMA y las encuestadas coinciden). Si esto se comprobara, podría implicar que para ciertos grupos poblacionales femeninos *no es tan fuerte* la presión para ser muy delgada y para no ser gorda.

Queda sólo por acotar que este trabajo por sus limitaciones no ha podido profundizar las especificidad vivencial de conceptos como gorda, normal y delgada. Esto requerirá una metodología

cualitativa y un planteamiento investigativo de mucho mayor alcance.

Bibliografía

Bruchon y Schwitsre. En: Lutte, Gérard. "Liberar la adolescencia" Barcelona: Herder, 1991.

Castillo, Alcira (ed) et al. "Participación social en el campo de la salud" En: Curso especial de posgrado Gestión Local de Salud. San José: EDNASSS, 2000.

Natorp, Christiane "Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional". Barcelona: Urano, 1998.

Norma Fuller, "Maternidad e identidad femenina: relato de sus desencuentros" En Donas, Solum (comp.). "Adolescencia y juventud en América Latina" Cartago. LUR, 2001.

Saldaña, "La alimentación y sus trastornos" anuario de psicología española, jun 1999.

Sétimo informa del estado de la Nación. P. 22

The Boston Women's Health Book Collective "Nuestros cuerpos, nuestras vidas" . Barcelona: Plaza y Janés, 2000.

Valverde, Oscar (et al)
“Adolescencia, protección y
riesgo en Costa Rica: múltiples
aristas”. San José: J. Rodríguez,
2001

UNICEF “ Por un cambio en la
salud de la población juvenil”.
En: Cuadernos de UNICEF
sobre programación para el
desarrollo y la salud de la
población juvenil. Edición 1999.