

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

**Tesis para optar por el título de
Magister en Trabajo Social**

ABORDAJE SOCIO-CULTURAL DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL
VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS DE UNIDADES DOMÉSTICAS EN LA CIUDAD DE
TANDIL.

LILIANA BELÉN MADRID

Director: Dra. Claudia S. Krmpotic

Abril de 2010

TRIBUNAL DE DEFENSA

RESUMEN

En países como la Argentina, con pobreza estructural y nuevos pobres producto de las vulnerabilidades externas e internas, es imposible no considerar el problema de la malnutrición infantil en términos del circuito económico y de los procesos de distribución y acceso a los alimentos. Sin embargo, también debemos visualizar que aún transitando tiempos de mayor bonanza el problema de la malnutrición no cede. Ni siquiera ante el despliegue de programas preventivos, de atención primaria y asistenciales se mejora el pronóstico de casos de niños desnutridos y/o obesos.

Muchos trabajos de investigación enfatizan la condición económica de las unidades domésticas con hijos malnutridos haciendo referencia a la insuficiencia de ingresos económicos para adquirir los alimentos en el mercado. Sin embargo, esta interpretación restringida a la condición económica de los hogares no puede explicar porqué la mayoría de familias bajo una misma condición de ingresos insuficientes alcanza condiciones de normalidad en el crecimiento de sus hijos, mientras otras no. Si bien el aspecto económico-político no se desdeña, la intervención cotidiana pone en evidencia la existencia de otros factores intervinientes.

Ante lo expuesto, esta tesis se propone encarar el problema de la malnutrición infantil desde una interpretación sociocultural, concibiendo a la enfermedad como construcción social. De esta manera enfrentamos los postulados del modelo biomédico que minimiza la importancia de la causalidad social y cultural en la génesis de la enfermedad, recurriendo para ello a estrategias ideológicas como la medicalización de la alimentación legitimando la desigualdad social.

Para emprender este estudio, seleccionamos algunas herramientas teóricas para el análisis e interpretación de las prácticas sociales de unidades domésticas con niños malnutridos en la Ciudad de Tandil. Para la recolección de los materiales en campo se realizaron entrevistas en profundidad abiertas, extensas y recurrentes, las que junto a la observación generaron la posibilidad de establecer relaciones entre los discursos y las prácticas y permitió recuperar valoraciones, saberes, vivencias y prácticas cotidianas de las unidades domésticas con experiencias de desnutrición infantil.

Finalmente analizamos el proceso de construcción de conocimiento, procurando superar la visión lineal sometida a crítica y reconociendo que analizar la desnutrición infantil desde una perspectiva cultural obliga a reconocer los diversos aspectos que componen el fenómeno. Esto no sólo tiene consecuencias sobre el diagnóstico sino

también sobre el tratamiento. De esta manera, tal vez podremos ensayar explicaciones sobre la persistencia de la condición en niños desnutridos en contextos de suficiencia alimentaria, revisar lecturas reduccionistas del proceso de enfermar y estimular la problematización de concepciones pre-establecidas y habitualmente utilizadas.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Claudia Krmpotic, por la dirección de esta Tesis y por las orientaciones y oportunidades brindadas desde 2004 para la formación académica de posgrado.

A la Directora del CAEA Dra. Anilde Idoyaga Molina, a la Dra. Mercedes Saizar y compañeros, por los aportes brindados en momentos claves de este proceso.

A la Carrera Lic. en Trabajo Social y al GIyAS de la FCH-UNICEN por el constante apoyo.

A mi familia, por tanto tiempo arrebatado y, especialmente, a Gustavo, por el acompañamiento permanente.

Por ultimo, una mención especial a la posibilidad brindada por el financiamiento público (CONICET, PROSOC), sin cuyo aporte no hubiese sido posible emprender este desafío.

ÍNDICE

Presentación	7
Capítulo I	
<i>El planteo del problema de investigación. Nuevas preguntas para un viejo problema.</i>	
I.1- El concepto de malnutrición infantil	12
I.2- La malnutrición infantil según la estadística oficial	16
I.3- Modelos teóricos y definiciones del proceso de salud-enfermedad	17
I.4- Propuesta alternativa a los modelos reduccionistas del proceso de salud-enfermedad	24
Capítulo II	
<i>Habitus, la experiencia de malnutrición y la autoatención</i>	
II.1- Las prácticas sociales	27
II.2- La experiencia de enfermedad	30
II.3- La autoatención en la malnutrición infantil	35
Capítulo III	
<i>Estrategia metodológica</i>	
III.1- El enfoque	37
III.2- Técnicas de recolección de información	40
III.3- El análisis de la información a través de las narrativas	42
III.4- El trabajo de campo	46
Capítulo IV	
<i>Vivencias y experiencias en torno a la desnutrición</i>	
IV.1- La experiencia del diagnóstico	53
IV.2- Los ingresos de las unidades domésticas	59
IV.3- Los alimentos y su preparación	65
IV.4- Educación de niños y adultos.....	68
IV.5- Redes de cooperación e intercambio	71
Capítulo V	
<i>Volver a empezar. Análisis crítico de los conceptos clave e hipótesis de trabajo</i>	
V.1- Justificación de la enfermedad y responsabilidad materna	74
V.2- La construcción del paciente-niño	75
V.3- El significado de la práctica médica	77
V.4- La respuesta institucional excluyente	78
V.5- El rol de la publicidad	79
Consideraciones finales	82
Referencias bibliográficas	86

PRESENTACIÓN

En países como la Argentina, con pobreza estructural y nuevos pobres producto de las vulnerabilidades externas e internas, es imposible no considerar el problema de la malnutrición infantil en términos del circuito económico y de los procesos de distribución y acceso a los alimentos. Sin embargo, también debemos visualizar que aún transitando tiempos de mayor bonanza el problema de la malnutrición no cede. Ni siquiera ante el despliegue de programas preventivos, de atención primaria y asistenciales se mejora el pronóstico de muchos casos de niños desnutridos y/o obesos.

Muchos trabajos de investigación enfatizan la condición económica de las unidades domésticas con hijos malnutridos haciendo referencia a la insuficiencia de ingresos económicos para adquirir los alimentos en el mercado. Sin embargo, esta interpretación restringida a la condición económica de los hogares no puede explicar porqué la mayoría de familias bajo una misma condición de ingresos insuficientes alcanza condiciones de normalidad en el crecimiento de sus hijos, mientras otras no. Si bien el aspecto económico-político no se desdeña, la intervención cotidiana pone en evidencia la existencia de otros factores intervinientes (Madrid, 2008).

Ante lo expuesto, esta tesis se propone encarar el problema de la malnutrición infantil desde una interpretación sociocultural, concibiendo a la enfermedad como construcción social. De esta manera enfrentamos los postulados del modelo biomédico que minimiza la importancia de la causalidad social y cultural en la génesis de la enfermedad, recurriendo para ello a estrategias ideológicas estigmatizantes a partir de la medicalización de la alimentación, que -sin resolver el problema- termina legitimando la desigualdad social.

Para emprender este estudio, seleccionamos algunas herramientas teóricas para el análisis e interpretación de las prácticas sociales de unidades domésticas con niños malnutridos en la Ciudad de Tandil. A los fines de la recolección de los materiales en campo se realizaron entrevistas en profundidad abiertas, extensas y recurrentes, las que junto a la observación, generaron la posibilidad de establecer relaciones entre los discursos y las prácticas, permitiendo recuperar valores, saberes, vivencias y prácticas cotidianas de las unidades domésticas con experiencias de desnutrición infantil.

En el capítulo I trabajamos con el concepto de ‘malnutrición’ considerando que nuestro país atraviesa un período de transición nutricional, señalando el estado de situación actual con respecto a la problemática nutricional a nivel nacional, provincial y local. Emprendimos allí el desafío de revisar los principales modelos de salud-enfermedad con el fin de dar cuenta de las definiciones de enfermedad propuestas y hacer notar los límites en dichas formulaciones con el objeto de postular una perspectiva que nos permita abordar teóricamente la noción de enfermedad como un proceso de construcción social, revalorizando los aspectos sociales y culturales despreciados por otras configuraciones teóricas.

En el capítulo II retomamos de Bourdieu el sentido dado a la ‘práctica social’, y desarrollamos en perspectiva hermenéutica como es vivenciada la ‘experiencia de la enfermedad’, concluyendo con el concepto de autoatención.

En el capítulo III exponemos las definiciones metodológicas. En principio desarrollamos el enfoque general. Luego presentamos elementos centrales de las técnicas de recolección de información: entrevista en profundidad y observación. En tercer lugar detallamos aspectos centrales acerca de cómo desarrollamos el análisis de la información a través del estudio de las narrativas y las oportunidades que esta estrategia otorga. Al finalizar el capítulo ofrecemos detalles en torno de los obstáculos que enfrentamos para acceder a las unidades de estudio y planteamos las definiciones realizadas en el marco de lo viable.

Por su parte, organizamos en los siguientes dos capítulos las interpretaciones alcanzadas en función de las entrevistas y de las herramientas teóricas seleccionadas. En el capítulo IV abordamos en primera instancia el carácter procesual de la experiencia del diagnóstico de desnutrición. Dentro de éste distinguimos un primer momento de reconocimiento e identificación del problema y las causas, un segundo estadio referido al procesamiento de las reacciones intra y extra-domésticas y, por último, exponemos aspectos que caracterizan la acción de asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud de los niños. En el segundo apartado analizamos las fuentes de ingresos de las unidades domésticas estudiadas. Prestamos especial detalle a la gestión de la asistencia social a cargo de las mujeres-madre trabajando la idea de la función reproductiva de éstas diferenciada de la función productiva de los varones, observando diversidad de prácticas en sintonía con los estereotipos de género. También analizamos las características de la asistencia social en términos del impacto que puede generar en las prácticas de reproducción cotidiana de las unidades domésticas. Al mismo tiempo, consideramos el

análisis sobre la estigmatización sentida por las mujeres-madre ante la asistencia social alimentaria. En el tercer apartado señalamos los tipos de alimentos que se consumen en los hogares, su accesibilidad, las construcciones históricas y culturales, la frecuencia de consumo, las diferencias en cantidad según género y generación y rol asumido por la mujer-madre. En el Capítulo IV abordamos la escolaridad en tres aspectos: por un lado, analizamos la relación entre los años de escolaridad de los adultos responsables de la crianza de los niños, considerado como potencial factor causal de la desnutrición, y la superación y/o continuidad de la situación de bajo peso. Luego observamos la inclusión de los niños y los jóvenes en el sistema escolar como indicador de las prácticas cotidianas de las unidades domésticas. Por último, estudiamos la relación escuela – unidades domésticas con hijos desnutridos y los sentimientos de estigmatización y exclusión que genera. Finalizando el capítulo estimamos necesario observar la participación de las unidades domésticas en las redes sociales. Esto nos permitió conocer los lazos sociales sobre los que se sustentan (distinguiendo parentesco, vecindad y amistad), visualizar los recursos que intercambian (bienes y servicios circulantes) y el grado de contribución a la reproducción de la vida cotidiana.

En el Capítulo V realizamos un análisis crítico de conceptos e hipótesis formuladas en el plan de trabajo. Abordamos la justificación de la enfermedad y responsabilidad materna, la construcción del paciente-niño, el significado de la práctica médica, la respuesta institucional excluyente y el rol la publicidad.

Cerrando este proceso y probablemente constituyéndose en la antesala de próximos desafíos, analizamos el proceso de construcción de conocimiento, superando una visión lineal y reconociendo que analizar la desnutrición infantil desde una perspectiva cultural implica reconocer los diversos aspectos que componen el fenómeno. Esto no sólo tiene consecuencias en el diagnóstico sino también sobre el tratamiento. De esta manera, tal vez podamos ensayar explicaciones sobre la persistencia de niños desnutridos en contextos de suficiencia alimentaria, superando lecturas reduccionistas del proceso de enfermar, y estimulando la problematización de concepciones pre-establecidas y habitualmente utilizadas.

CAPÍTULO I

EL PLANTEO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION.

NUEVAS PREGUNTAS PARA UN VIEJO PROBLEMA

El Estado Argentino incorporó como preocupación la salud materno-infantil en la década de 1930 del siglo XX (Krmptic, 2008) ante los niveles de mortalidad infantil que en 1900 constituían casi la mitad (44%) de las defunciones generales (Nari, 2004)¹. Así, en el año 1937 se sancionó la ley 12.341 que dará origen al Programa Materno Infantil que existe actualmente². Transcurrido casi un siglo el problema nutricional persiste, incluso se transforma adquiriendo nuevas manifestaciones (obesidad, sobrepeso). Si bien debemos considerar que en países como la Argentina, con pobreza estructural y nuevos pobres producto de las vulnerabilidades externas e internas, es imposible no considerar el problema de la malnutrición infantil en términos del circuito económico y de los procesos de distribución y acceso a los alimentos, debemos también visualizar que aún transitando tiempos de mayor bonanza el problema de la malnutrición no cede. Ni siquiera ante el despliegue de programas preventivos, de atención primaria y asistenciales se mejora el pronóstico en casos de niños desnutridos y/o obesos.

Muchos trabajos de investigación enfatizan la condición económica de las unidades domésticas con hijos malnutridos haciendo referencia a la insuficiencia de ingresos económicos para adquirir los alimentos en el mercado³. Señalan entonces las dificultades

¹ La revisión de la bibliografía permite observar reflexiones que señalaban las consecuencias peligrosas del *“debilitamiento físico y moral de la población al que podría conducir el agudizamiento del conflicto social y político derivado del pauperismo”*. Esta corriente, denominada medico-higienista, promovió la intervención estatal donde la liberalización de la sociedad económica corría el riesgo de convertirse en su contrario (Torrado, 2003).

² Aguirre (2002) señala que el programa de entrega de leche en polvo para madres pobres es anterior a 1937, año en que se crea el Ministerio de Salud. Si bien en la distribución de leche en polvo puede identificarse un impulso especial por la industria alimentaria y la farmacéutica, por obvias razones de conveniencia, también la bibliografía permite observar que los industriales apoyaron la difusión de la leche en polvo como elemento clave de la reproducción de una fuerza de trabajo por demás escasa, los médicos (que competían por la mejor fórmula) y los políticos (tanto conservadores para los que “gobernar es poblar” como los socialistas que ponían a la leche en polvo como elemento de liberación femenina e igualdad frente al varón), sectores heterogéneos con intereses divergentes por motivos contradictorios apoyaron y justificaron el levantamiento de la lactancia y su sustitución por leche de vaca, dando inicio a la era de programas estatales de asistencia alimentaria con el fin de afrontar el déficit nutricional de la población infantil.

³ El desarrollo de la tesis de grado “Estrategias Familiares y Seguridad Alimentaria” (Madrid, 2004), permitió observar cómo la orientación hacia una explicación focalizada en la relación alimentos-precios (acceso) no era suficiente para explicar situaciones halladas en el estudio; *“(…) el presente estudio tiene*

de acceso argumentando que la relación precios de los alimentos - ingresos plantean un cuadro de situación que permite visualizar cómo los alimentos pueden estar disponibles en términos de producción, distribución y comercialización, aunque la población no puede comprarlos. Sin embargo, esta interpretación restringida a la condición económica de los hogares no puede explicar porqué la mayoría de familias bajo una misma condición de ingresos insuficientes alcanza condiciones de normalidad en el crecimiento de sus hijos, mientras otras no. Si bien el aspecto económico-político no se excluye, la intervención cotidiana pone en evidencia la existencia de otros factores intervinientes (Madrid, 2008).

En este sentido, esta tesis se propone encarar el problema desde una interpretación sociocultural, a partir de conceptos y enfoques que ofrecen disciplinas como la sociología, la antropología médica, la epidemiología⁴ y la psicología social, entre otras. Recoge parte de las críticas hacia la epidemiología clásica por constituir un paradigma mecanicista y reduccionista a lo biológico del ser humano, recuperando otras tradiciones culturales en el ámbito de la medicina y valorizando el carácter sociocultural de la enfermedad.

Para ello, seleccionamos algunas herramientas teóricas para el análisis e interpretación de las prácticas sociales de unidades domésticas con niños desnutridos en la Ciudad de Tandil. Trabajaremos con el concepto de ‘malnutrición’ considerando que nuestro país atraviesa un período de transición nutricional⁵ y señalaremos el estado de

como objetivo indagar la posible covariación entre el desarrollo o ausencia de determinados componentes en las estrategias familiares y la presencia de niños desnutridos, desde una concepción en la que cada familia establece su propio esquema de vida y la selección de un conjunto determinado de estrategias repercute en el estado de salud de sus integrantes. La posibilidad de comparar el comportamiento reproductivo en materia de alimentación en familias con niños eutróficos (normales) con relación a otras de igual nivel socioeconómico con niños desnutridos permitirá señalar la presencia o ausencia de factores diferenciales” (Madrid, 2004: 3). De hecho, se visualizaron elementos que remitían a aspectos culturales, simbólicos, ideológicos en los cuales no se profundizó en esa oportunidad en función de los objetivos definidos y el ‘recorte’ previamente establecido.

⁴ En principio se afirmará que la epidemiología estudia la frecuencia y las tendencias de exposición a ciertos factores o marcadores que están relacionados con la posibilidad de producir daño o enfermedad, procesos saludables o destructivos en la comunidad. Permite identificar necesidades o problemas relevantes en salud, las causas de un nuevo síndrome, medir los riesgos asociados con exposiciones peligrosas, determinar la efectividad de una medida de prevención o un tratamiento, identificar las necesidades y las tendencias en la utilización de los servicios de salud, evaluar su impacto y de otras actividades en el individuo, el medio ambiente y las condiciones de vida (Programa Médicos Comunitarios, Plan Federal de Salud, MS, 2005: Módulo 2). Es importante aclarar que si bien el objeto de la epidemiología en sus orígenes se constituyó subordinado al saber clínico, no obstante, se trata de un objeto complejo, y, actualmente, pueden observarse, tal como se expondrá en este apartado, una epidemiología más tradicional permeada por la biomedicina y, oponiéndose, aunque también encontrando algunas similitudes, una epidemiología que entiende la multicausalidad.

⁵ *“Argentina es una sociedad en transición epidemiológica nutricional con cambios en los patrones de alimentación, modificaciones de las necesidades nutricionales de la población y aumento de la desnutrición aguda, del retraso crónico del crecimiento, la obesidad, las enfermedades crónicas no transmisibles y las carencias de nutrientes específicos. Comprender este proceso es el fundamento para adecuar en tiempo y forma los programas de asistencia alimentaria, capacitar a los profesionales y satisfacer las demandas de la sociedad actual”* (Madrid, 2008: 70).

situación actual con respecto a la problemática nutricional a nivel nacional, provincial y local. Abordaremos los principales modelos de salud-enfermedad con el fin de observar las definiciones de enfermedad propuestas y hacer notar los límites en dichas formulaciones. Esta actividad nos otorgará elementos para postular una perspectiva que nos permita abordar teóricamente la noción de enfermedad como un proceso de construcción social, revalorizando los aspectos sociales y culturales despreciados por otras configuraciones teóricas. Asimismo, reconocemos que en la práctica cotidiana funciona un complejo sistema de atención de la salud, combinando aspectos de los diversos modelos teóricos expuestos, conocido bajo la categoría teórica de sistema etnomédico (Idoyaga Molina, 2007; Saizar, 2008). En este contexto, nos interesa recuperar y analizar las vivencias y experiencias de conflicto y de superación que las unidades domésticas relatan en el abordaje de la malnutrición de sus niños.

I.1- El concepto de malnutrición infantil

La Organización Mundial de la Salud considera a la malnutrición como un problema sanitario y afirma que una mejora en la nutrición es condición necesaria para mejorar el estado general de salud de la población y reducir la mortalidad. Existe una tendencia a pensar sólo en la desnutrición que se manifiesta por las enfermedades de deficiencia alimentaria (raquitismo, beriberi, pelagra, síndromes de deficiencia proteico-calórica como kwashiorkor y el marasmo), sin embargo, muy a menudo se presenta como desnutrición crónica sin características específicas (Mc Keown, 1978). Por ello en las investigaciones la malnutrición puede operar como variable independiente o interviniente⁶. Según Bakalar y Rodríguez Castello (2004: 369) se define como desnutrición,

“al estado patológico, inespecífico y sistémico que se origina como consecuencia de una utilización inadecuada de nutrientes por parte de las células del organismo, ya sea por falta de aportes exógenos (carencia) o por causas intrínsecas (debidas, por ejemplo, a una enfermedad metabólica)”.

Por lo tanto entenderemos a la desnutrición cuando se alude al déficit (bajo peso, acortamiento o emaciación), mientras que malnutrición alude a otros problemas junto a la desnutrición, considerando también la obesidad. Si bien la desnutrición y las enfermedades infecciosas han sido las causas más frecuentes de muerte en el mundo, es notoria la

⁶ Así, en el caso de Tandil, Distrito de la Provincia de Buenos Aires en el que desarrollamos nuestro trabajo de campo, puede considerarse a modo de ejemplo la investigación de Velásquez (1997) sobre desigualdades geo-sociales de la mortalidad en esa ciudad, donde el estado nutricional es definida en términos de variable intermedia, y juega como interviniente en el proceso de diferenciación social.

importancia creciente que han adquirido el sobrepeso, la obesidad y los trastornos relacionados con la alimentación. Tanto es así que hoy en día se considera que la obesidad -enfermedad caracterizada por el aumento total de la grasa corporal- indica un mayor riesgo a enfermar y morir que en la población no obesa (Ventriglia, 2001). Si además consideramos la evolución del indicador obesidad en los últimos 15 años en nuestro país es pertinente incluirla en la problemática de la malnutrición.

La malnutrición infantil, la dietética y otros antecedentes

La preocupación en torno de la desnutrición infantil fue bastante reciente, ya que es identificada como enfermedad pediátrica a comienzos del siglo XX. Probablemente el tardío reconocimiento de la desnutrición infantil en 1933 respondió a los procesos de naturalización y normalización de la mortalidad infantil hasta avanzado el siglo XIX, lo cual permitió que permaneciera oculta como problema social y sanitario. El rol del Estado en un problema ligado a la salud pública no fue atendido del mismo modo que otros déficits y males sociales, omisión que podría explicarse por las dificultades de ver el hambre y los problemas de alimentación como aspecto de las relaciones sociales, además de la posible presencia de defectos congénitos inherentes a la constitución de los niños. A partir de 1970 el concepto se difunde como enfermedad pediátrica y en 1978 los organismos internacionales la incluyen como objeto de atención desde la atención primaria de la salud (Cattaneo, 2002).

Es innegable que si bien la ciencia de la nutrición es una disciplina relativamente nueva, el interés por los alimentos y su vinculación con la salud humana es antiguo. Los primeros escritos establecen vínculos claros entre los alimentos y el derecho -más que con las ciencias médicas- al concebir la alimentación como un derecho humano. En la Antigua Grecia, Hipócrates sostenía que una dieta escasa era mucho más peligrosa que una dieta excesiva, en la expresión

“que tu alimento sea tu mejor medicamento”.

Una buena alimentación y actividad física constituían los pilares del desarrollo de las personas, por lo que la visión del problema recaía más sobre los déficits que sobre los excesos. En la Antigua Grecia como en la Roma Imperial, la obesidad no era vista como un problema, sino como una muestra de opulencia y vida próspera (Couceiro, 2007).

Si bien Sócrates recomendaba comer y beber con moderación, tan sólo cuando se sintiese la necesidad de hacerlo, fue Galeno -médico más célebre entre los escritores

clásicos- quien aportó la idea de la selección de alimentos, como aspecto básico para una vida sana, emergiendo entonces la convicción de estilos de vida saludables. Cuando la medicina entró en el período empírico, la dietética era una dimensión que formaba parte del arte de curar. En la Edad Media se entendía que la medicina se componía de la Diaetética, la Pharmaceutica y la Chirurgical. Comprendida tanto para curar como para prevenir la enfermedad, involucró a otros agentes más allá del médico. Es así que la atención dietética, como práctica organizada en el cuidado del enfermo, tuvo su despliegue al interior de la enfermería⁷. La atención sobre los cuidados -higiene, comida, confort- eran brindados por mujeres, a quienes se consideraba como personas sin mayor necesidad de capacitación, pero capaces de desempeñar tareas de ‘servicio’ (Couceiro, 2007), aspecto que por cierto fue evolucionando con el tiempo.

Durante el siglo XVIII, el médico Francis Bacon introdujo el concepto de que

“Si bien sólo los medicamentos pueden curar la enfermedad, una alimentación adecuada puede prolongar la vida”.

A partir de allí la medicina moderna y sus médicos precursores en la incorporación del método científico, postulan la necesidad de comenzar a analizar la composición química de los alimentos y su papel en el proceso digestivo y metabólico.

Por su parte y para entender lo que podía suceder en nuestras tierras, las costumbres alimentarias formaban parte de lo que la medicina española de los siglos XVI y XVII establecía como la dietética⁸, que en consonancia con los antecedentes ya expuestos era concebida como disciplina más amplia a lo sólo atinente al régimen alimentario, y en dos sentidos diferenciadas: como medio para reestablecer la salud (dietética para enfermos) y como instrumento para mejorarla o prevenir la enfermedad (dietética para sanos). En tanto régimen de vida fijaba normas tanto para conservar la salud física como para orientar hábitos y costumbres. Desde entonces las orientaciones dietéticas apuntaron a la normativización de la conducta del hombre a partir del ejercicio explícito de un control social del propio cuerpo (Canavese, 2001). La noción de ‘*díaita*’ o ‘total régimen de la vida’ desde la antigüedad comprendía un corpus de saberes y reglas referidas a los ejercicios, los alimentos, las bebidas, los sueños y las relaciones sexuales. Durante la edad

⁷ El papel de la enfermería comenzó a difundirse a partir del hecho histórico ampliamente divulgado protagonizado por *Florence Nitinghale* y sus 38 enfermeras ayudantes cuando durante la Guerra de Crimea (1854-1856), disminuyeron la mortalidad entre los heridos de guerra brindando cuidados especiales, entre los que estaba la alimentación. Fueron ellas las primeras que relacionaron la velocidad de recuperación del enfermo con la calidad de la alimentación

⁸ Recorrer la tradición dietética implica reconocer dos momentos fundacionales: la dietética para sanos de la antigüedad clásica y la propia del medioevo.

media la dietética siguió siendo uno de los pilares de la medicina con la influencia determinante de la medicina árabe. En ese marco, las consignas se fundaban en la idea que es prudente buscar ciertas cosas y evitar otras; para ello había que atender tópicos como la luz y el aire, las comidas y bebidas, el trabajo y el descanso el sueño y la vigilia, las emociones y estímulos afectivos.

Con la modernidad, la concepción cambia, se restringe aunque sin quitar importancia a la alimentación en el conjunto de hábitos sanos. De todos modos la imagen del cuerpo se modifica por lo tanto también las fronteras entre lo sano y lo malsano. Las formas de cuidado cambian de la mano de un avance constante de la noción de enfermedad y del proceso de medicalización de la vida. Así durante el siglo XIX el paradigma de hombre sano se funda en la fuerza alimentaria, en el paradigma de la energía calórica, en el alimento como un elemento combustible y potencia vital para el trabajo industrial (Vigarello, 1995). La indigencia física del campesino se atribuye al hecho que solo vive de verduras, cereales y farináceos. La inferioridad del interior pasa por la falta de carne en la dieta alimentaria. La nueva alimentación sustanciosa encuentra en la carne su símbolo. La apelación a la energía y por lo tanto a la capacidad de trabajo define su contrario: la pereza, y de allí la entrega a vicios como el alcoholismo y el abandono. El Estado moderno embarcado en la empresa industrial asume las cuestiones de salud como obligación de protección colectiva, en una estrategia que modifica la idea de moralización de los males de comienzos del siglo XX hacia un rol pedagógico, de concientización y control de los cuerpos.

No obstante, ese Estado protector que vela por el ‘óptimo bienestar’, revela cambios a comienzos del siglo XXI. La industrialización de la salud y ésta como un producto de consumo se suman a los principios de responsabilización, individualismo, precisión del cálculo de riesgo y control de los estilos de vida, y a la sofisticación de las técnicas de detección de enfermedades (lo que por cierto acrecienta más las desigualdades). Las campañas oficiales advierten ahora sobre el peligro de los excesos de grasa: el ideal es una baja energía alimentaria asociada a un alto desgaste energético mediante ejercicios físicos y prácticas tonificantes. La dietética ‘del cerebro’ nos habla insistentemente de la necesidad de magnesio, de selenio, de zinc o cobre, de vitaminas, ácido fólico o aminoácidos.

“Una alimentación adaptada, liviana, variada, permitirá lograr un organismo vital y un cerebro eficaz”⁹.

⁹ Entrevista al Profesor Jean-Marie Bourre, en Top Santé, Junio de 1992, pp. 20-21

I. 2- La malnutrición infantil según la estadística oficial

Si observamos las estadísticas sanitarias oficiales, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (en adelante ENNYS) de 2007, señala que la baja talla y el sobrepeso¹⁰ constituyen las condiciones más prevalentes en el grupo de niños y niñas menores de 6 años en todo el territorio argentino. La prevalencia de obesidad es 10,4%, es decir, aproximadamente uno de cada 10 niños y niñas del país. La prevalencia de sobrepeso en el país es de 31,5% y esta proporción no varía con la edad. Es decir, aproximadamente 3 de cada 10 niños y niñas tienen peso excesivo. La baja talla está presente en el 8,0% de los niños y las niñas. Aproximadamente 1 de cada 10 niños y niñas presenta baja talla para su edad, y una relación similar se observa en términos de obesidad, al considerar la referencia de la OMS. La prevalencia de acortamiento de los niños y niñas de hogares indigentes es más de seis veces la de los niños y las niñas de hogares no pobres, según las curvas de la OMS. No hay diferencias en las prevalencias entre sexos. La emaciación, es decir la desnutrición aguda, presenta prevalencias marginales en una perspectiva poblacional (ENNYS, MS, 2007).

Indicador	1995	2002	2007	
			OMS	SAP
Bajo Peso (peso / edad)	4.82 %	4.70 %	2.1 %	4.2 %
Acortamiento (talla / edad)	11.46 %	10.86 %	8 %	4.2 %
Emaciación (peso / talla)	2.59 %	2.19 %	1.3 %	1.4 %
Obesidad (peso / talla)	8.43 %	8.21 %	10.4 %	4.4 %

Fuentes: Calvo, E. y Aguirre, P., 2005
ENNYS, MS, 2007

En el estudio de Aguirre (2005) considerando los indicadores de daño de la población mas vulnerable en el período 1995-2002 y sus consecuencias en términos biológico-clínicos, se señala que los principales problemas nutricionales de la población infantil eran la desnutrición crónica (acortamiento) y el sobrepeso, contrariamente al supuesto que, ante el empeoramiento de las condiciones económicas, los mayores valores se concentrarían en los casos de desnutrición aguda.

Para el caso de la Provincia de Buenos Aires, la ENNYS (2007), según normas de la SAP, detectó la siguiente situación, a saber:

¹⁰ El sobrepeso es un aumento menor del 10% del peso ideal corporal a expensas de la masa grasa. La obesidad es un aumento mayor del 10% del peso ideal corporal a expensas de la masa grasa.

Indicador	Pcia. Bs. As. (2007)
Bajo Peso	3.4 %
Acortamiento	4.1 %
Emaciación	0.9 %
Obesidad	8.1 %

Fuente: ENNYS – Ministerio de Salud de la Nación (2007)

Dirección Nacional de Salud Materno Infantil

Conocer el estado nutricional de la población infantil en la Ciudad de Tandil demandó una extensa búsqueda (explicitada más adelante, en el capítulo metodológico) la cual, sin embargo, sólo arrojó datos parciales de un control antropométrico desarrollado por el Plan Más Vida en el año 2003 a los beneficiarios del mismo (niños y niñas menores de 6 años). Teniendo en cuenta la edad de los niños como el criterio evaluado (peso para la edad) se estima pertinente considerar el mencionado relevamiento el cual arroja 8,9% bajo peso y el 5,7% obesidad, no disponiéndose de datos con respecto a acortamiento y emaciación (Madrid, 2004). Cotejando registros anteriores podemos observar un aumento del indicador bajo peso al observar el 3% detectado para los niños en edad escolar (6 a 12 años) (Ramírez, 1996). Merece señalarse la diferencia de criterio de edad de ambos relevamientos lo cual marca límites de comparación e interpretación de aumento, aunque válido en tanto tendencia.

I. 3- Modelos teóricos y definiciones del proceso de salud-enfermedad

A partir de las formulaciones de Almeida Filho y Rouquayrol (2008), quienes identifican 4 modelos teóricos, y los resultados de la investigación de Arredondo (1992) donde se identifican 11 propuestas, reconstruiremos los principales modelos de salud-enfermedad con el fin de observar la definición de enfermedad propuesta por cada modelo y los límites que presentan dichas formulaciones. Ello nos permitirá redefinir una perspectiva consistente con la idea de enfermedad como un proceso de construcción social revalorizando los aspectos sociales y culturales despreciados por otros abordajes.

I. 3. a- Modelo mágico-religioso

Este modelo entiende a la enfermedad como resultado de fuerzas o espíritus y representa un castigo divino o un estado que pone a prueba la fe religiosa. En consecuencia, las fuerzas desconocidas y los espíritus (buenos y malos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad. Este modelo

facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Como seguidores de este modelo podemos nombrar a las sociedades primitivas, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Arredondo, 1992).

I. 3. b- Modelo biomédico (según Almeida Filho y Rouquayrol, 2008)¹¹

Desde el campo de la medicina, la existencia de diversas perspectivas de análisis de los problemas de salud se remonta a la antigua Grecia, representadas respectivamente por la Escuela de Cos y la Escuela de Cnidos. Esta tensión entre una concepción holística del proceso salud-enfermedad, que procura comprender al individuo y sus condiciones de salud en su contexto y una concepción reduccionista y determinista que entiende a la enfermedad como un fenómeno específico que cobra entidad en si misma, se ha sostenido aún hasta nuestros días (Ciuffolini y Jure, 2006).

El modelo biomédico concibe a la enfermedad como resultado de la agresión de un agente etiológico a un organismo; un desajuste o falla en los mecanismos de adaptación del organismo o una ausencia de reacción a los estímulos conducirían a la perturbación de la estructura o de la función de un órgano, de un sistema o de todo el organismo o de sus funciones vitales (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). De este modo, observamos que valoriza el mecanismo etiopatogénico subyacente a las enfermedades y privilegia un abordaje semiológico y terapéutico de signos y síntomas. En este marco, la medicina se dedicó a detectar, a través de indicadores precisos, el momento que esta agresión se produce para combatirla o dotar al cuerpo de defensas suficientes y capaces de repeler la acción incursionista de la enfermedad.

El rasgo dominante de la biomedicina es el biologicismo que fundamenta el diagnóstico y tratamiento. Observamos en esta concepción una orientación curativa, a-

¹¹ Arredondo (1992) denomina en su investigación Modelo Unicausal a la propuesta biomédica. Definimos unificar en el término Biomédico esta concepción de enfermedad para una mejor comprensión. También dentro de este modelo ubicamos el aporte de Eduardo Menéndez, quien ha descrito la categoría analítica Modelo Medico Hegemónico como la articulación del poder de la medicina con otros poderes (político, ideológico, económico, etc.) cuyos dos objetivos principales son, por un lado, subordinar otros saberes (por eso es hegemónico) y por otro, instrumentalizar una practica biologicista, positivista, deshumanizada, mercantilista, ahistórica y asocial (Maglio, 2009), donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o conjuntos son considerados siempre como “pacientes”.

histórica, a-cultural, e individualista, que instituye una relación médico¹²- paciente asimétrica y que excluye el saber del paciente, sus referencias socioculturales (Menéndez, 2008), limitando la posibilidad de narrar su enfermedad obstaculizando la decodificación cultural y médica de los significados de dichas narrativas¹³.

La biomedicina utiliza la dimensión cultural en un sentido negativo, es decir, observa cómo dichos factores favorecen el desarrollo de padecimientos o se oponen a prácticas biomédicas que podrían abatirlos pero no se incluyen las formas de atención culturales que podrían ser utilizadas favorablemente para abatir los daños (Menéndez, 2008). Esta negación probablemente encuentra en la identificación profesional con la ciencia la exclusión de las otras formas identificadas con criterios no científicos y con la dimensión cultural. Visualizamos que el criterio decisivo refiere a la racionalidad científico-técnica.

A lo largo del proceso histórico este pensamiento lineal se mostró insuficiente para comprender y explicar la complejidad del proceso salud-enfermedad (Abed, 1993). La evidencia empírica señalaba que era necesario completar el pensamiento biológico incorporando otro elemento que, sumado al agente y al huésped, explicara porqué la convivencia de estos dos factores algunas veces producía enfermedad y otras no. Este modelo desconoce los diversos componentes subjetivos vinculados al proceso salud-enfermedad e ignora su inscripción en un contexto socio- histórico- cultural y económico, en un modo de vida (Ciuffolini y Jure, 2006). Ir mas allá de las explicaciones basadas en lo biológico y en lo individual no implica negar la biología, sino mirar los fenómenos biológicos dentro de sus contextos sociales y examinar las constantes relaciones mutuas entre lo social y lo biológico en múltiples niveles (Diez Roux, 2008).

¹² La dimensión biológica no solo deber ser considerada un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención. *“El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud / enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales y en consecuencia excluidas o subalternas. (...) El médico no tiene formación sobre estos aspectos referidos a su campo específico de trabajo”* (Menéndez, 2008: 25).

¹³ Las dinámicas institucionales tienden a reforzar la orientación de la biomedicina mas allá de los discursos y reflexiones de científicos sociales y autoridades sanitarias; cada vez es menor el tiempo de consulta reduciéndose la palabra del paciente y también del medico. Saizar (2008) expone las consecuencias del tiempo dedicado a cada paciente al momento de la consulta. Señala que el mismo es cada vez menor argumentando que la sobrecarga de la demanda de la atención y la especialización en ramas conlleva el estudio de un solo sistema biológico. Así, ante un dolor de cabeza el biomédico especialista en neurología solicitara una resonancia sin tocar al paciente y un clínico derive directamente al neurólogo. Surge la sensación de desprotección del usuario y su familia, quienes se perciben solos ante la enfermedad, vagando de un consultorio a otro.

Posiblemente la mayor crisis operada dentro de la biomedicina se dió entre mediados de los '60 y fines de los '70 (Menéndez, 2008). Las críticas iban dirigidas hacia la pérdida de eficacia de la biomedicina, hacia el desarrollo de una relación médico-paciente que no sólo negaba la subjetividad del paciente sino que incrementaba la ineficacia curativa, al desarrollo de una biomedicina centrada en lo curativo y excluyente de lo preventivo, en un énfasis de las actividades asistenciales que incrementaba constantemente el costo económico de la atención de la enfermedad, a las constantes situaciones donde se registraban transgresiones a la ética médica, etc.

Sin embargo, a pesar de las críticas, actualmente observamos una continua expansión de la biomedicina en parte dada por la medicalización no sólo de los padeceres sino de comportamientos, lo cual implica convertir en enfermedad una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos¹⁴. Los sujetos y grupos asumen dichos aconteceres en términos de enfermedad y pasan a explicarlos y atenderlos a través de técnicas y concepciones biomédicas (Menéndez, 2008).

I. 3. c- Historia natural de la enfermedad (HNE) (según Almeida Filho y Rouquayrol, 2008)¹⁵

La noción de prevención tiene como fundamento un modelo procesal de los fenómenos patológicos denominado Historia natural de la enfermedad (HNE). Se denomina así al conjunto de procesos interactivos que genera el estímulo patológico en el medio ambiente, o en cualquier otro lugar, pasando por la respuesta del hombre al estímulo, hasta las alteraciones que conllevan un defecto, invalidez, recuperación o muerte

¹⁴ Un claro ejemplo de la medicalización de la vida actual son los llamados “factores de riesgo” de las enfermedades (tabaco, alcohol, etc.): si una persona los consume, ella es la única responsable, lográndose así la culpabilización de quien es, en verdad, la víctima de una adicción. El consumo de dichas sustancias no corresponde siempre a decisiones individuales; por el contrario, se encuentra condicionado por la cultura y estructurados por el mercado, como se evidencia claramente en la publicidad promocional de esos factores: cigarrillos, cervezas, etc. (Maglio, 2009).

¹⁵ Arredondo (1992) denomina Modelo multicausal a esta misma propuesta teórica. Por otro lado, este mismo autor identifica un Modelo ecológico, el cual tiene la misma concepción de enfermedad que el HNE, diferenciándose solo en el abordaje. A los fines de esta tesis consideramos pertinente unificar bajo el Modelo HNE el modelo ecológico señalado por Arredondo (1992). Asimismo, bajo la denominación HNE ubicaremos otro modelo teórico identificado por Arredondo (1992) denominado geográfico, teniendo en cuenta que la única diferencia que observamos en la concepción de enfermedad es que refiere a un ambiente geográfico. También es oportuno ubicar el modelo sanitarista desarrollado por Arredondo (1992), teniendo en cuenta la primacía otorgada a las condiciones ambientales insalubres, bajo la denominación HNE. También colocamos el modelo epidemiológico identificado por Arredondo (1992) dentro del modelo HNE, teniendo en cuenta que su principal preocupación es la identificación de factores de riesgo.

(Almeida Filho y Rouquayrol, 2008; Arredondo, 1992). A través del análisis de las variables que incluye este modelo se pueden conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los cuáles se puede actuar preventivamente (Arredondo, 1992).

El modelo considera la determinación de las enfermedades en un medio externo – interactúan agentes y determinantes (físicos, biológicos, sociopolíticos, culturales)- y en un medio interno –espacio donde se procesarían modificaciones bioquímicas, fisiológicas e histológicas propias de una determinada enfermedad y donde actúan factores hereditarios, alteraciones orgánicas, etc. -.

El modelo de HNE entiende que la evolución de los procesos patológicos se desarrolla en dos periodos consecutivos que se articulan y se complementan: pre-patogénesis (cuando las manifestaciones patológicas aun no se manifestaron)¹⁶ y patogénesis (procesos patológicos que se encuentran activos)¹⁷. Este modelo entiende que ningún agente será por si solo suficiente para desencadenar el proceso patológico. La aparición de la enfermedad depende de la articulación de factores contribuyentes de forma tal que se configure la posibilidad del riesgo (determinantes económicos, culturales, ecológicos, biológicos, psicosociales).

Es posible advertir que el modelo de HNE representa un avance en relación al modelo biomédico en la medida que reconoce a la salud-enfermedad como un proceso de múltiples y complejas determinaciones. Sin embargo, se considera que el modelo revela un enfoque arbitrario, una descripción apenas aproximada de la realidad, sin pretensión de funcionar como un reflejo de la misma. Desde el punto de vista de Almeida Filho y Rouquayrol (2008) este modelo es sólo un cuadro esquemático dentro del cual pueden ser descritas múltiples y diferentes enfermedades. Resaltan la crítica hacia dos aspectos fundamentales: por un lado, que la determinación de los fenómenos de salud no se

¹⁶ Pre-patogénesis comprende la evolución de las interacciones dinámicas entre los condicionantes ecológicos y socioeconómicos-culturales y las condiciones intrínsecas del sujeto, hasta el establecimiento de una configuración de factores propicios a la instalación de la enfermedad. Es decir, que conjuga interacciones entre elementos o factores que estimulan el desencadenamiento de la enfermedad en el organismo sano y condiciones que permiten la existencia de estos factores (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Son considerados agentes patógenos aquellos factores que producen efectos directos sobre las funciones vitales del ser vivo produciendo la enfermedad. Tales agentes (físicos, químicos, biológicos, nutricionales o genéticos) llevan estímulos del medio externo al medio interno del hombre, operando como transmisores de una pre-patología generada y desarrollada en el ambiente. Este modelo entiende que ningún agente será por si solo suficiente para desencadenar el proceso patológico. La aparición de la enfermedad depende de la articulación de factores contribuyentes de forma tal que se configure la posibilidad del riesgo (determinantes económicos, culturales, ecológicos, biológicos, psicosociales).

¹⁷ Patogénesis es el estadio que se inicia con las primeras alteraciones que los agentes patogénicos provocan en el individuo afectado y se consideran cuatro niveles de evolución de la enfermedad en este periodo: interacción agente-sujeto, alteraciones bioquímicas, histológicas y fisiológicas, signos y síntomas, cronicidad.

restringe a la causalidad de las patologías (patogénesis) sino que, para alcanzar eficacia explicativa, necesita abrirse a procesos de promoción, protección, mantenimiento y recuperación de la salud individual y colectiva. Por otro lado, critican que la historia natural de las enfermedades no es de ninguna manera natural y destacan su carácter histórico y social. Este modelo considera al factor social como un mero elemento más al que le asigna igual importancia que al biológico para provocar la enfermedad (Abed, 1999). De manera que se traslada el determinismo monocausal a una serie indefinida de factores que se diluyen con lo cual lo social pierde importancia porque no le confiere especificidad. No establece el peso específico de cada factor y continúa un énfasis sobre lo biológico e individual, mientras que lo social aparece incluido en el entorno (Arredondo, 1992). En este mismo sentido, Diez Roux (2008) señala que el modelo ha sido útil a la epidemiología porque permitió considerar la posibilidad de que diversos factores estén involucrados en la formación de un patrón determinado de salud y enfermedad, pero, a su vez, la aplicación generalizada del mismo ha hecho que la investigación epidemiológica quede reducida a las asociaciones entre un factor y una enfermedad. El modelo tiende a favorecer implícitamente las determinaciones más próximas e inmediatas en detrimento de los niveles más distantes y sociales.

I. 3. d- Modelo histórico-social¹⁸

Cuando analizamos esta perspectiva observamos que existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Todos los factores causales se permean por lo social-histórico. Visualizamos que introduce cinco variables para el análisis del objeto de estudio: la dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo. Su aporte especial es que incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad

¹⁸ Dentro de este modelo incluiremos el denominado social por Arredondo (1992) ya que identifica como determinantes de la salud-enfermedad a las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de la población. También comparten ambos modelos el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. También incluiremos el Modelo económico identificado por Arredondo (1992) ya que para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Comparte con el modelo social e histórico-social el riesgo de tomar una posición reduccionista, en este caso hacia lo económico, ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes.

manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan (Arredondo, 1992). Por su parte, Laurell (1986) señala que el carácter histórico y social del proceso biológico se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Afirma que lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta; estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra.

Al igual que el modelo social, en la aplicación de este modelo histórico-social existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica (Arredondo, 1992).

I. 3. e- Modelo sistémico

A continuación discutiremos un modelo abarcativo de salud-enfermedad que combina un fuerte sustrato ecológico con la perspectiva sistémica, enriqueciendo un cuadro teórico valioso para la comprensión de sistemas epidemiológicos concretos (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Este nuevo paradigma se sustenta entre otras en la teoría de los sistemas, desde la cual al rescatar el carácter relacional de los distintos componentes de un fenómeno, pretende superar la tendencia reduccionista de un modelo que postula que el conocimiento de fenómenos complejos se sostiene en la fragmentación sucesiva de sus componentes. El concepto de sistema refiere al conjunto de elementos relacionados de forma tal que un cambio en el estado de cualquier elemento provoca un cambio en el estado de los demás elementos (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008).

Desde esta perspectiva, el enfermar es un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales. La causalidad ya no se entiende como un fenómeno lineal, sino como un proceso dinámico y multivariado (Ciuffolini y Jure, 2006). La estructura general de un determinado problema de salud puede ser entendida como una función sistémica. Este sistema se entiende como el conjunto formado por el agente patógeno, el sujeto susceptible y el ambiente, dotado de una organización interna que regula las interacciones determinantes de la producción de enfermedad, juntamente con los factores vinculados a cada uno de los elementos del sistema. La gran mayoría de las enfermedades resulta de una conjunción de factores extrínsecos, situados en el medio ambiente, y de factores intrínsecos propios del ser vivo afectado (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008).

Este nuevo paradigma no pretende reemplazar ni negar los innumerables aportes científico-técnicos del paradigma biologista, sino que procura una contribución a la comprensión y al abordaje de la complejidad inherente al proceso salud- enfermedad (Ciuffolini y Jure, 2006).

I. 4- Propuesta alternativa a los modelos reduccionistas del proceso de salud-enfermedad¹⁹

Si consideramos las contribuciones de las ciencias humanas y sociales al campo de la salud y las críticas a los modelos convencionales de enfermedad, otros enfoques pretenden valorizar elementos psicosociales y culturales de salud.

En este sentido, el desarrollo del conocimiento epidemiológico ha demostrado que la determinación social de la frecuencia y distribución de los eventos patológicos se encuentra a un nivel jerárquicamente superior a la determinación biológica y psicológica de los mismos. Desde esta perspectiva, lo anterior significa que es mucho más importante la ubicación que cada individuo tiene dentro de las clases y estratos sociales, que su raza, carga genética o herencia para desarrollar nuevas patologías que en conjunto lo conducirán a la muerte.

Retomamos el aporte de Kleinman (1978), Eisenberg (1978) y Good (1978) para avanzar hacia un modelo que permita integrar los aspectos sociales y culturales. Como explican Almeida Filho y Rouquayrol (2008) este modelo diferencia las dimensiones individuales y culturales de la enfermedad como fenómeno biológico. Desde esta perspectiva el funcionamiento patológico ocurre independientemente de su reconocimiento o percepción por el individuo o ambiente social. Consideran a la enfermedad como alteraciones o disfunciones de procesos biológicos y/o psicológicos definidos según concepción biomédica. Pero agregan el concepto de sickness refiriéndose a los procesos de significación de la enfermedad como también a la reacción social frente a la enfermedad. Consideran la categoría de padecimiento la cual incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología. Más allá de los significados culturales, inciden también aspectos simbólicos particularmente formadores de la propia enfermedad en el ámbito psicológico individual, tanto como los significados creados por el paciente para gerenciar el proceso patológico. Mas tarde, estos mismos autores revisan su propuesta teórica y defienden que sickness y padecimiento son construcciones sociales. El

¹⁹ Arredondo identifica con la denominación modelo interdisciplinario a estos determinantes de la salud-enfermedad.

padecimiento se refiere a la forma en que el sujeto enfermo percibe, expresa y lidia con el proceso de enfermar. La enfermedad es anterior a *sickness*, la cual es producida a partir de la reconstrucción técnica del discurso profesional en el encuentro con el paciente, a partir de una comunicación en torno del idioma culturalmente compartido de la enfermedad.

Good y Good (1979), discípulos de Kleinman, reforzando la perspectiva del relativismo intra e intercultural de la enfermedad, postulan que las fronteras entre lo normal-patológico y salud-enfermedad serían establecidas por las experiencias de enfermedad en diferentes culturas, a través de las formas en que son narradas y por los rituales empleados para reconstruir el mundo que el sufrimiento destruye. Desde esta perspectiva, la enfermedad (y la salud) no es una cosa en sí, ni la representación de esa cosa, sino un objeto fruto de esa interacción, capaz de sintetizar múltiples significados. Estos autores señalan que la interpretación de los síntomas como manifestación de la realidad biológica subyacente es una característica de la racionalidad biomédica

Asimismo, Young (1980) realiza una crítica a la teoría de los modelos de enfermedad propuesta por Kleinman y Good-Good. Señala que estos modelos consideran al individuo como objeto y terreno de los eventos significativos de la enfermedad pero no relatan los modos a través de los cuales éstos se conforman y distribuyen. El autor también considera que la distinción entre patología y enfermedad se muestra insuficiente para dar cuenta de la dimensión social del proceso de enfermar. Para superar las limitaciones Young propone tres categorías con nivel jerárquico equivalente para definir el proceso de enfermar (enfermedad, padecimiento, *sickness*), concediéndole mayor relevancia teórica al componente *sickness*. Desde esta perspectiva el concepto de enfermedad transforma signos de comportamiento desviantes y señales biológicas en síntomas y eventos socialmente significantes. Para el autor, *sickness* es un proceso de socialización de la enfermedad y del padecimiento.

Este proceso de construcción social de la enfermedad se da, en parte, al interior y a través de los sistemas médicos, articulados a los circuitos ideológicos más amplios en la sociedad. Esta dimensión ideológica, a través de los saberes y prácticas de salud, reproduce visiones específicas del orden social y actúa en el sentido de su mantenimiento. Las representaciones sobre la enfermedad constituyen, en última instancia, elementos de mitificación de su origen social y de las condiciones sociales de producción del conocimiento. La traducción de formas de sufrimiento (*sickness*) derivadas de las relaciones de clase en términos médicos constituye un proceso de neutralización que sigue los intereses de las clases hegemónicas. Es decir, mediante el proceso de medicalización, la

condición de enfermo queda reducida al nivel biológico individual, desconsiderándose su dimensión social, política e histórica.

CAPITULO II

HABITUS, LA EXPERIENCIA DE MALNUTRICIÓN Y LA AUTOATENCIÓN

Dado que esta tesis se propone encarar el problema de la malnutrición infantil desde una interpretación sociocultural, definimos algunos conceptos-clave que guiaron el análisis e interpretación de las prácticas sociales de unidades domésticas con niños malnutridos en la Ciudad de Tandil. Para ello trabajaremos con el enfoque de Bourdieu respecto de la noción de ‘práctica social’, desarrollaremos en perspectiva hermenéutica la idea de ‘experiencia de enfermedad’ y abordaremos el análisis del concepto de autoatención.

II. 1- Las prácticas sociales

Las condiciones objetivas por si solas no bastan para explicar el condicionamiento social de las prácticas que pueden establecer los agentes ligados a la desnutrición infantil. En este sentido, se plantea la necesidad de rescatar a quien produce dichas prácticas, pero se trata de rescatarlo socialmente, es decir, no en cuanto individuo sino en cuanto agente socializado. En este sentido, recuperamos los aportes teóricos de Bourdieu quien señala que esto demanda sustituir la relación ingenua entre individuo y sociedad, por la relación construida entre los dos modos de existencia de lo social: las estructuras sociales externas (condiciones objetivas, posiciones sociales históricamente constituidas) y las estructuras sociales internalizadas (habitus).

Es interesante también recuperar los dos interrogantes de los que parte García Canclini para presentar el texto “Sociología y cultura” de Pierre Bourdieu (1990): ¿cómo están estructuradas económica y simbólicamente la reproducción y la diferenciación social? y, ¿cómo se articulan lo económico y lo simbólico en los procesos de reproducción, diferenciación y construcción del poder?

Si bien Bourdieu no desconoce la importancia de la producción (aspectos sobre el que se centra el marxismo), sus investigaciones se extienden preferentemente sobre el consumo. Para él las clases se diferencian, al igual que en el marxismo, por su relación con la producción, por la propiedad de ciertos bienes, pero también por el aspecto simbólico del consumo, o sea por la manera de usar los bienes transmutándolos en signos. Entonces,

para conocer a las clases sociales, no solo es suficiente establecer como participan en las relaciones de producción sino que también constituye el modo de ser de una clase el barrio en que viven sus miembros, la escuela a la que envían a sus hijos, los lugares a los que van de vacaciones, lo que comen y la manera en que lo comen, etc. Esas prácticas culturales son más que complementos o consecuencias secundarias de su ubicación en el proceso productivo ya que componen un conjunto de características que de modo implícito pueden funcionar como principios de selección o de exclusión reales aunque no se enuncien.

Para Bourdieu cada individuo esta asignado desde el principio a una posición de clase, definida por la suma de capital económico y simbólico que dispone, y solo una pequeña parte de su patrimonio puede ser modificado por estrategias de movilidad social (Contreras Hernández y Gracia Arnaiz, 2005).

Alicia Gutiérrez (1997) examinando la propuesta teórica de Bourdieu, señala que la distribución desigual del capital da origen a posiciones relativas (posiciones que poseen propiedades independientes de los agentes sociales que las ocupan) y a relaciones entre posiciones, relaciones de fuerza, de poder, definidas en términos de dominación-dependencia. Continúa expresando que no solo importa la construcción del campo en su estructura sincrónica (como sistema de posiciones y relaciones entre posiciones) sino también la reconstrucción de la trayectoria del campo (como definición y redefinición permanente de las posiciones y de las relaciones de fuerza). En consecuencia, para poder explicar las prácticas sociales no solo hay que tener en cuenta la posición del agente social, sino también la trayectoria de esa posición.

Ante lo expuesto es posible advertir que no solo es importante considerar las estructuras sociales externas de los agentes, sino que es necesario rescatar las estructuras sociales incorporadas por el agente que produce las prácticas, es decir, los habitus, en tanto principios de generación y restructuración, de percepción y apreciación de dichas prácticas.

El habitus está ligado a las condiciones sociales en las que se produce y a los condicionamientos que ellas implican. Las prácticas de un agente están objetivamente orquestadas y armonizadas entre sí y con las prácticas de todos los agentes de la misma clase, porque están dotadas de un sentido objetivo unitario.

“Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen habitus, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente reguladas y regulares sin el producto de la

obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Bourdieu, 1991: 92).

Se entiende que,

“la noción de habitus permite articular lo individual y lo social, las estructuras internas de la subjetividad y las estructuras sociales externas, y comprender que tanto éstas como aquéllas, lejos de ser extrañas por naturaleza y de excluirse recíprocamente son, al contrario, dos estados de la misma realidad, de la misma historia colectiva que se deposita y se inscribe a la vez e indisolublemente en los cuerpos y en las cosas” (Gutiérrez, 1997: 64).

El habitus es el proceso que da cuenta de la interiorización de lo social en los individuos y logra que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas. La homología que puede observarse entre el orden social y las prácticas de los sujetos da cuenta de la inserción de estas últimas en el sistema de hábitos constituidos en su mayoría desde la infancia. El habitus programa el consumo de los individuos y las clases, aquello que van a sentir como necesario. El concepto de habitus explica como prácticas consideradas individuales en realidad no lo son y expresan la incorporación de las condiciones sociales de vida.

“El habitus constituye un principio de generación y estructuración de las prácticas sociales y de percepción y apreciación de la realidad. El concepto de habitus refiere a aquellas disposiciones a actuar, a percibir, a pensar y a sentir de una cierta manera más que de otra, ligadas a definiciones referidas a lo posible y lo no posible, lo pensable y lo no pensable, lo que es para nosotros y lo que no es para nosotros. Se trata de las disposiciones que han sido interiorizadas por el individuo -en el curso de su historia y dentro de los límites y posibilidades brindadas por las condiciones objetivas de vida- que actúan como principio de estructuración de prácticas” (Ortale, 2003:4).

Lo expuesto permite señalar que el habitus, entendido como conjunto de disposiciones para actuar, percibir, pensar o sentir, genera determinadas prácticas que no se deducen solamente de las condiciones objetivas actuales o pasadas, sino de la puesta en relación de las condiciones sociales en las cuales se ha constituido el habitus que las ha generado y de las condiciones sociales de su puesta en marcha. Hablar de habitus es recordar la historicidad del agente, es plantear que lo individual, lo subjetivo, lo personal, es social, es producto de la misma historia colectiva que se deposita en los cuerpos y en las cosas.

“El habitus es una capacidad infinita de engendrar en total libertad (controlada) productos (pensamientos, percepciones, expresiones acciones) que tienen siempre como límites las condiciones de su producción, histórica

y socialmente situadas, la libertad condicionada y condicional que asegura esta tan alejada de una creación de imprevisible novedad como de una simple reproducción mecánica de los condicionamientos iniciales” (Bourdieu, 1991: 96).

Las prácticas generadas por el habitus tienen un fin, aunque no exista una búsqueda consciente del mismo. Están objetivamente definidas aunque el producto no obedezca a reglas, sino que es el resultado de las condiciones sociales de vida y de la experiencia de los agentes.

(...) A diferencia de las estimaciones científicas que se corrigen después de cada experiencia según rigurosas reglas de cálculo, las anticipaciones del habitus, especie de hipótesis prácticas fundadas sobre la experiencia pasada, conceden un peso desmesurado a las primeras experiencias; son, en efecto, las estructuras características de una clase determinada de condiciones de existencia que, a través de la necesidad económica y social que hacen pesar sobre el universo relativamente autónomo de la economía doméstica y las relaciones familiares, o mejor, a través de las manifestaciones propiamente familiares de esta necesidad externa producen estructuras de habitus que están en el principio de la percepción y apreciación de toda experiencia posterior (Bourdieu, 1991: 94).

La práctica social se funda en la experiencia y debe ser entendida como estrategia de defensa de los intereses ligados a la posición que se ocupa en el juego, aunque el agente tal vez no es consciente y de los habitus incorporados. En menor medida la propuesta teórica de Bourdieu acepta que el habitus da lugar a la elección estratégica instrumental (costo-beneficio).

Los habitus, al constituirse como sistemas de disposiciones a actuar de una manera más que de otra, actúan como esquema de percepción y de apreciación de las posibilidades objetivas y, de este modo, como principios de estructuración de las prácticas sociales. A través de la relación dialéctica entre el campo específico y el sistema de disposiciones incorporado por el agente que produce la práctica, es decir, rescatando los condicionamientos sociales externos e internalizados, se construyen instrumentos de análisis que permiten explicar las prácticas sociales por causas sociales.

II. 2- La experiencia de enfermedad

Como sabemos, no siempre que padecemos algún desequilibrio consideramos que nos hallamos enfermos. En el caso de la malnutrición en los niños, los adultos suelen ver en ellos modos particulares de crecer, condiciones transitorias o deficiencias coyunturales que luego podrán ser superadas con el transcurrir de los años. Asimismo, las culturas

ofrecen a sus miembros definiciones acerca de los males, desequilibrios o enfermedades lo que explica reacciones en un sentido o en otro.

Definir la enfermedad supone entonces reconocer diferentes aspectos que hacen a la concepción de la persona, la corporalidad, las teorías etiológicas de la enfermedad y la eficacia terapéutica. El modelo biomédico es una forma de pensar la enfermedad, de allí que desde otras visiones se advierta que la experiencia de enfermedad (*illness*) es algo diferente a la concepción biológica de la misma (*disease*). Por otra parte, otros aluden a la complejidad de la noción de enfermedad en la medida que también involucra la activación de fuerzas sobrenaturales, fenómenos espirituales, de brujería, como acciones de seres míticos, nociones que además implican a entidades diferentes del cuerpo biológico como almas, cuerpo social, etc. (Idoyaga Molina, 2008).

Sin embargo, el modelo médico insiste en la enfermedad concebida esencialmente como el único estadio de un cuerpo individual (Menéndez, 2008); de esta manera se oculta la realidad de la enfermedad como fenómeno social. Los caracteres dominantes de dicho modelo son su biologismo, ahistoricidad, pragmatismo, individualidad, participacionismo subordinado, etc., los que justamente determinan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como ‘pacientes’. La práctica médica que surge de este modelo es reparadora, reduce el análisis al nivel individual y no puede referir sus políticas de salud a los factores económicos, políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad.

Parte del colectivo médico, en una actitud diferente a la que sostenían hace 20 años, aceptan el hecho de que la ‘enfermedad’ del paciente no coincide con la ‘enfermedad’ del médico. Se reconoce un cambio en la concepción del “punto de vista del enfermo” que deja atrás la idea de una percepción profana concebida como simple distorsión y empobrecimiento del saber médico, y deja lugar a un modo de pensar autónomo que tiene su propia coherencia (Herzlich y Pierret, 1998).

Los tabúes, las normas sociales y las instituciones conducen a la construcción cultural y al modo en que experimentamos la enfermedad. Asimismo, en el proceso de salud-enfermedad, el cuerpo humano -al igual que en otros tópicos- no es un mero producto de la naturaleza sino que mediatiza al menos tres dominios: el biológico, el cultural, y las relaciones de poder que participan en su desenvolvimiento.

¿Padezco de desnutrición o soy un desnutrido? El pasaje de tener ‘un mal o déficit’ a ‘sentirse enfermo’ en primera persona, del tiempo pasado al presente, implica una transformación de la identidad que determina un corte en la cotidianeidad. Es el malestar, el sufrimiento y el dolor lo que nos angustia y moviliza. En este sentido es que planteamos reconstruir la experiencia de enfermedad en las acciones para enfrentar la malnutrición. Lo contrario es el encubrimiento: los especialistas refieren al encubrimiento de la desnutrición cuando la población afectada no problematiza su existencia sino sus consecuencias sólo cuando estas se manifiestan con síntomas somáticos agudos (fiebre, vómitos, diarreas), a la vez que se oculta el problema bajo un criterio de normalidad, que en el discurso social se refleja con expresiones del tipo “*son flaquitos*”, “*son menuditos*”, “*comen poco*” (Madrid, 2004: 72).

Ser un enfermo no designa solamente un estado biológico, sino que define también la pertenencia a un status. Ser un ‘enfermo’ es también ser o no un ‘paciente atendido’ es decir entrar en relación con una de las instituciones más importantes de nuestra sociedad: la medicina y los servicios de salud. Esta realidad de la enfermedad como forma de vida y del enfermo como actor social esta bien lejos de lo que fueron durante siglos las epidemias: el enfermo era un condenado dominado por un mal extraño y con carácter irremediable. Durante siglos esta noción de enfermedad-destino se funde con la concepción religiosa del mal: la voluntad divina es dueña del destino del hombre, Dios envía la enfermedad por sus pecados, con motivo de su naturaleza pecadora, siendo advertencia y castigo. En este contexto la enfermedad es ante todo preludio de muertes colectivas, la causa del desorden social, el signo y el castigo del pecado. No es, como devino la enfermedad moderna, el fundamento de un modo de vida y de integración social particular.

El saber médico, durante mucho tiempo, tampoco participó en la construcción de la noción del enfermo tal como la comprendemos hoy. Para que apareciera la concepción actual de enfermo primero fue necesario que la enfermedad dejara de ser un fenómeno de masa y que constituyera una forma de vida mas que una forma de muerte. Luego la medicina debió ser capaz de intervenir eficazmente sobre la enfermedad y de sustituir la visión y respuesta religiosa. Finalmente, por intermedio del desarrollo de las leyes sociales, las nociones de enfermedad y salud se encontraron ligadas al trabajo y el enfermo se definió por su lugar en el proceso de producción. Los dos primeros elementos muestran que la enfermedad se individualiza y pierde su carácter colectivo. Pero, por su relación con el trabajo y bajo la respuesta médica, la enfermedad se convierte simultáneamente para el

individuo en condición social y nueva estructuración de sus relaciones con lo que llamamos la sociedad (Herzlich y Pierret, 1998).

La definición de una enfermedad es aspecto de la definición de una identidad, de lo que somos, de cómo estamos viviendo, creciendo, etc. Al respecto, concebimos la identidad personal como una estructura temporal que puede ser descripta como una síntesis emergente de la conciencia del límite corporal, de un tiempo interior experimentado como duración, con relación a un tiempo intersubjetivo experimentado en la sincronización de las relaciones cara a cara, y de la interacción social en el marco del tiempo biográfico, otorgando de este modo un significado al curso de la vida (Luckmann, 1983: 71). Del mismo modo, el sufrimiento que conlleva todo desequilibrio o daño se convierte en un proceso de mediación y también de transformación de la identidad a través de la experiencia de enfermedad encarnada. Los contextos en que esa experiencia se vivencia, se encarna, no involucra sólo a quien padece una enfermedad, sino además a los sentidos intersubjetivos de los otros cercanos que padecen o no alguna enfermedad.

A su vez, las experiencias se conforman de 'vivencias'. Estas -a diferencia de las primeras- contienen el núcleo actual y el pasado comprendido. La vivencia contiene no solo la presencia del tema sino los elementos relevantes que se le 'presentan'. Las experiencias previas, es decir, determinados elementos sobre la provisión del saber subjetivo, cierran el contenido de tales elementos que se presentan al núcleo. En todas las vivencias se presentan tipos respectivos, es decir, un complejo de elementos temáticos mediatizado por la propia experiencia previa y por la existencia de conocimientos sociales fijados por el lenguaje.

Una perspectiva hermenéutica implica la aceptación de los saberes e interpretaciones propias del 'mundo de la vida'. Los registros médicos y de los otros profesionales de los equipos de salud rara vez recogen la percepción de sus pacientes-niños frente a los malestares que les aquejan y cómo ellos repercuten en el clima familiar. Consideramos que cada familia establece su propio estilo de vida y selecciona un conjunto determinado de estrategias que repercuten en el estado de salud de sus integrantes. Asimismo, la familia se constituye no sólo en consumidora sino esencialmente en productora/mediadora de bienes y símbolos culturales. Este giro en la atención permitiría mejorar el vínculo que el equipo profesional establece con el paciente-niño (pacientes que cumplen un rol activo en la relación terapéutica puesto que supone cambios que deben realizar en su propia conducta) y los adultos acompañantes, tanto en la instancia del

diagnóstico como de la terapia. Podría en este sentido mejorar la información recogida en historias clínicas, fichas sociales, cédulas de entrevista y entrevistas psicológicas.

En este sentido, Alves Ortiz y García de Lima (2007) advierten, en su afán de comprender cómo las familias vivencian el diagnóstico y tratamiento de niños con cáncer, que se desencadenan una serie de reacciones, sentimientos y actitudes en la familia y el niño, lo cual refuerza la idea de que no solo participa de la experiencia de la enfermedad el niño sino también todo su entorno más cercano. Esto les permite señalar en sus investigaciones que los sobrevivientes de cáncer son aquellas personas que fueron diagnosticadas como así también esos ‘otros cercanos’ (familiares, amigos y cuidadores) quienes fueron afectados por el proceso que viven las personas diagnosticadas.

La experiencia de enfermedad es siempre intersubjetiva. Por cierto que el modelo de escritura clínica de la enfermedad predominante y el tratamiento con base en el fármaco tiene que ver con el curso individual de la enfermedad, ocultando las dimensiones sociales, culturales y subjetivas de la misma que la transforman en experiencia colectiva.

Las diferentes modalidades de percibir, comprender, designar y atender los padecimientos se visualizan a través de las prácticas sociales de los miembros de los hogares. Sus miembros no están aislados, sino que en la elaboración de sus habitus han incorporado un modo de relacionarse con el sistema oficial de atención sanitaria, y aquellas interpretaciones se hibridan con las propias, de sus tradiciones. Incluso las propias contradicciones del sistema, como ha señalado Aguirre (1986) desde un modelo teórico la desnutrición es una patología social que reconoce razones estructurales, ahora desde el modelo instrumental, las causas sociales se diluyen en el terreno de lo individual o de lo familiar, de tal modo que las condiciones de vida que están en la base de la desnutrición desaparecen del argumento causal. En el mismo sentido Ortale (1997) ha recogido de sus entrevistas en campo que la visión instrumental ha permeado la visión de las madres, por cuanto aluden -para explicar la desnutrición- a desórdenes orgánicos causados por un agente externo (parásitos, infecciones, etc.), a la existencia de signos agudos (diarrea, fiebre, vómitos) de otro modo no hay enfermedad, o a un episodio eventual en la historia familiar. Menéndez agrega que el desarrollo de esta perspectiva instrumental pone el acento en la familia -y básicamente en la madre- ya sea por malos hábitos, descuido o desinterés, derivando en situaciones de estigmatización y autolimitación.

II. 3- La autoatención en la malnutrición infantil

Menéndez (2008) plantea que hay una intensa y constante relación entre la biomedicina, en tanto modelo de salud-enfermedad hegemónico, y la autoatención. En este sentido, reconocemos que en la práctica cotidiana funciona un complejo sistema de atención de la salud, combinando aspectos de los diversos modelos teóricos expuestos, conocido bajo la categoría teórica de sistema etnomédico (Idoyaga Molina, 2007; Saizar, 2008).

Consideramos, en sintonía con lo expuesto por Menéndez (2008), que la autoatención esta conformada por representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividades de autoatención. Esta actividad implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. En consecuencia, la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conducen a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa.

Podemos pensar la autoatención en dos niveles (Menéndez, 2008): uno amplio, referido a todas las formas de autoatención que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos, grupos o unidades domesticas (atención y prevención de padecimientos, actividades de preparación y distribución de alimentos, aseo del hogar y el cuerpo, etc.); y un segundo nivel restringido, que incluye las representaciones y practicas aplicadas intencionalmente al proceso salud-enfermedad-atención (PSEA). En función del problema estudiado, en esta tesis abordaremos el concepto de autoatención desde una visión restringida.

La biomedicina suele confundir y reducir la autoatención a la automedicación, es decir, a la decisión de utilizar fármacos, hierbas, alcohol, marihuana, etc. para tratar padecimientos sin la intervención directa y/o inmediata del medico. También utiliza como equivalente de autoatención el término autocuidado. Entendemos este último concepto como las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva. La biomedicina ha

desarrollado una relación contradictoria respecto del proceso de autoatención, dado que por una parte lo cuestiona en términos de automedicación, mientras por otra impulsa actividades de autocuidado y de otras formas de autoatención. El núcleo de la existencia de la autoatención refiere a la frecuencia de padeceres agudos de muy diferente tipo, a la existencia e incremento de enfermedades crónicas físicas y mentales, a la búsqueda de estimulaciones con diferentes objetivos, de tal manera que toda sociedad necesita desarrollar saberes específicos a nivel de los grupos donde emergen estos padecimientos o estos objetivos de vida, estableciendo inclusive una división del trabajo en la unidad domestica donde la mujer/madre/esposa es la que se hace cargo del proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) de los miembros. La mujer es la encargada de diagnosticar el padecimiento, manejar indicadores diagnósticos, establecer una evaluación de la gravedad o levedad del mismo; tendrá noción de la evolución de los padeceres y de la variedad estacionaria de determinadas enfermedades. Será ella quien implemente los primeros tratamientos, y la que decidirá por su cuenta o de acuerdo con otros miembros de la unidad domestica la demanda de atención, que puede iniciarse con la consulta a personas de su espacio social más próximo, y continuar con el tipo de curador considerado mas adecuado, consulta que dependerá de los recursos económicos y culturales del grupo y de la infraestructura de servicios existentes.

A partir de lo que acontece en la autoatención y con la evolución del padecimiento, en función de las condiciones sociales y culturales, el sujeto y su microgrupo deciden consultar o no a curadores profesionales como una de las formas de atención que reconocen y aceptan. La decisión de consultar a un curador profesional y parte de las actividades que se realizan luego de la consulta constituyen también parte del proceso de autoatención (Menéndez, 2008).

El conjunto de estas acciones supone la existencia de un saber respecto del proceso de salud-enfermedad-atención dentro de las unidades domesticas que, mas allá de lo erróneo o correcto de sus explicaciones causales, diagnósticos provisorios o tipo de tratamiento, implica su existencia, que se ejercita constantemente a través de los distintos tipos de padeceres, siendo a partir de este saber que se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención.

CAPÍTULO III

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

III. 1- El enfoque (acceso al estudio de la realidad social)²⁰

A partir de las características que presenta el problema, decidimos utilizar una metodología de carácter cualitativo, ya que consideramos que ofrece las herramientas adecuadas para la recopilación de datos desde una perspectiva interpretativa de los fenómenos que interesa estudiar.

Entendemos que muchas de las distorsiones de las miradas sobre la realidad social surgen de la incapacidad de reconocer que la mirada es singular y creadora. En este sentido, asumimos que toda mirada sobre la realidad es un acto de selección, de construcción y de interpretación que se hace desde un sujeto en un contexto.

Visualizamos el peligro instrumental y formalista en el que se puede caer cuando se olvida de la importancia social del sujeto que mira desde una situación; así como también es importante recordar la imposibilidad de reducir la creación de la mirada a la rutina o al protocolo de lo tecnológico-formal. Ante esto nos consideramos como actores sociales (Guber, 1994), es decir, como sujetos sociales investigadores, lo que involucra establecer estrategias de socio-análisis sobre las prácticas, criterios de clasificación y naturalización del mundo en los conceptos utilizados.

Consideramos que el investigar es una actividad social (Scribano, 2000), que en tanto práctica, conduce a valorarla como relación social influyendo en la formulación de las interpretaciones que se realizan.

“Descubrir es construir conceptualmente la realidad, pero no de manera arbitraria y caprichosa, sino de manera racional y de acuerdo con la cultura del discurso crítico, y construirla conforme con la propia realidad, explicando y destruyendo las apariencias engañosas. Construir conceptualmente la realidad es tanto como elaborar un mapa de la misma, mapa que no es la realidad ni su reflejo, pero que la representa, interpreta y hace inteligible” (Alonso, 1998: 21).

²⁰ “Conviene así que se diferencie el concepto, ciertamente restrictivo, de “método” del más amplio de “visión, mirada, enfoque o aproximación”, para designar un estadio —y también un estilo— en el acceso al estudio de la realidad social. Tal cambio no es un capricho terminológico, sino que se justifica porque define formas y momentos diferentes de hacer en el proceso complejo y plural de la investigación social” (Alonso, 1998: 16).

En el marco de estas primeras definiciones entendemos la investigación social como comprensión subjetiva acerca de cómo la gente construye y vive su propia cotidianeidad, manteniendo y mediatizando las estructuras de la sociedad. Esta perspectiva considera una dimensión experiencial en que las cajas códigos -que cierran los contextos y plantean las categorías a priori- deben ser sustituidas por prácticas comunicativas y de observación, que se incrustan en la producción y en la recepción del sentido de las acciones en los grupos concretos. El conocimiento social se constituye por esta vía más de “abajo arriba” que de “arriba abajo”; construyendo categorías prácticas de investigación, en función de los sistemas de interacción concreta (Alonso, 1998). Por lo expuesto cobra importancia descubrir en las actividades diarias, los motivos y significados, así como las acciones y reacciones del actor individual en el contexto de su vida diaria.

Un enfoque de este tipo sólo tiene sentido en términos prácticos, confiriéndole a la hermenéutica²¹ una distancia expresa, ya conocida, con cualquier planteamiento que se base en los intereses técnicos de las investigaciones empírico-analíticas.

El origen de la labor comprensiva son los indicios-evidencia y los datos (cualitativos) que selecciona la interpretación subjetiva del observador, a partir de las acciones comunicativas de los sujetos en contextos limitados, históricos y concretos. Acciones comunicativas imposibles de cuantificar, medir, operativizar estadísticamente o de ser objeto de generalizaciones empíricas si no es a costa de perder su sentido real, concreto y contextual. La investigación social cualitativa se instala de este modo en el lenguaje, pero no sólo en su dimensión indicativa, sino en su función creativa de irradiación de sentidos. Sentidos que son sociales y que únicamente toman valores efectivos en situaciones concretas.

Por ello la investigación cualitativa tiene que acudir a métodos heurísticos (de búsqueda), cuya creatividad se deriva de la selección y la síntesis de múltiples elementos de conocimiento y de categorías explicativas diversas, adaptadas y reconstruidas ad hoc para una labor concreta o para un objetivo particular (Alonso, 1998).

En los últimos treinta años, la investigación interpretativa se desarrolló y difundió con relativa amplitud y legitimidad en el campo de la teoría social. Esta modalidad de indagación pretende proporcionar descripciones que colaboren en la comprensión de cómo transcurre el proceso de constitución y recreación de sentidos de las propias acciones por

²¹ “La hermenéutica proviene del griego *hermeneias* o *hermenenuin* que significa “expresión de un pensamiento” derivando en explicación y especialmente interpretación del mismo, sentido que tiene en la actualidad” (Mendicoa, 1998: 30).

parte de los que las llevan a cabo en diferentes escenarios sociales, histórica y geográficamente contextualizados, sobre la base de la interpretación de sus saberes, convicciones, valoraciones, intenciones subjetivas e interacciones con otros (Suárez, 2007).

“El ideal positivista fue establecer una distancia entre investigador y objeto investigado, correlacionando mayor despersonalización con incremento de objetividad. La investigación narrativa (e interpretativa) viene justo a negar dicho supuesto, pues los informantes hablan de ellos mismos, sin silenciar su subjetividad” (Suárez, 2007: 7).

“(…) el Positivismo se basa en el análisis estadístico de los datos recogidos por medio de estudios y experimentos descriptivos y comparativos. Asume que solo el conocimiento obtenido a través de medidas y de identificaciones objetivas puede presumir de poseer la verdad. La hermenéutica representa una reacción contra esa rigidez del positivismo respecto a ciertos tipos de problemas sociales. En lugar de explicar las relaciones causales por medio de “hechos objetivos” y análisis estadísticos, utiliza un proceso interpretativo mas personal en orden a comprender la realidad” (Ruiz Olabuenaga, 1996: 12).

En este sentido,

“el paso mas importante que hay que dar, para resolver los problemas planteados por el positivismo y el naturalismo, es reconocer el carácter reflexivo de la investigación social, o sea, reconocer que somos parte del mundo social que estudiamos. Y esto no es meramente cuestión metodológica, es un hecho existencial. No hay ninguna forma que nos permita escapar del mundo social para después estudiarlo ni, afortunadamente, ello es siquiera necesario” (Boggi, 2007: 44).

Entendemos que la tarea del investigador es captar la esencia de los procesos para interpretar y captar el sentido atribuido a diferentes símbolos. Estos significados son productos sociales elaborados a través de la interacción que efectúan las personas en sus actividades. Por lo tanto, la interacción humana es la fuente principal de datos. En este sentido, la capacidad de las personas (empatía) para captar a los demás y sus conductas es un elemento central para entender cómo funciona la interacción. El sentido de una situación y el significado de los actos dependen de cómo los mismos sujetos definen esta situación. Interesa a la hermenéutica captar el origen, el proceso y la naturaleza de esos significados que brotan de la interacción simbólica entre los individuos (procesos, comportamientos, actos).

III. 2- Técnicas de recolección de la información: entrevista en profundidad y observación

III. 2. a- La entrevista en profundidad

Para la recolección de los materiales en campo se realizaron entrevistas en profundidad abiertas, extensas y recurrentes, entendiéndolas como

“Reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1984: 101).

Las entrevistas en profundidad siguieron el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un mero recolector de datos, nos posicionamos como el instrumento de la investigación, reemplazando la función de un protocolo o formulario de entrevista. Este rol asumido implicó no solo obtener respuestas, sino también demandó un ejercicio constante de aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

En consecuencia, la utilización de fuentes orales²² nos permitió un acercamiento a la realidad social, dando lugar a escuchar y recoger testimonios, recuperado la voz en vivo, directamente desde los protagonistas.

La entrevista es considerada un proceso comunicativo (Alonso, 1998), por lo tanto nos permitió extraer información de una persona (el informante) la cual se halla contenida en el conjunto de representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. Esto implica que la información ha sido experimentada por el entrevistado proporcionando una orientación e interpretación significativas de la experiencia del entrevistado. En las entrevistas concentramos la mirada, fundamentalmente, en la comprensión de la perspectiva del respondente.

El acceso a la información a través de las entrevistas requirió la construcción de un marco de confianza con los entrevistados: el rapport. Esto significó la caída de defensas del informante, la apertura a compartir el mundo simbólico y los puntos de vista respecto a la

²² En un primer momento se pretendió el uso de la fuente oral solo y exclusivamente cuando no había fuente documental o datos formales sobre el asunto a investigar, esto hacia recurrir a la fuente oral como vía casi de salvación, y adquiriría deriva fuertemente positivista al pensar que con la entrevista se recogen hechos y no construcciones personales de la realidad (Alonso, 1998). Las fuentes orales y escritas no son mutuamente excluyentes; tienen características comunes así como autónomas y funciones específicas que solo cada una puede cumplir, por lo tanto, requieren de instrumentos interpretativos diferentes y específicos. La subestimación y la sobreestimación de las fuentes orales terminan por anular cualidades específicas, convirtiendo a estas fuentes en meros apoyos para las fuentes escritas tradicionales (Portelli, 1991).

realidad, requirió, a su vez, establecer simpatía hacia los informantes y aceptar la misma como válida y sincera. Esto dependió de la construcción de la relación interpersonal con el investigado. Es en el marco de ese vínculo en el cual se busca y recibe información, se comprende empáticamente y se van construyendo y transformando las categorías analíticas que originalmente se consideraron como las más adecuadas para comprender esa realidad social. La relación misma con el objeto de estudio constituye una de las dimensiones a tener presente en cualquier interpretación de la realidad.

Al carácter directo y no mediado de las fuentes orales hay que añadirle el carácter hipersubjetivo y mediado por la memoria que tiene el producto de la entrevista; al mismo tiempo, esta es su más interesante virtud. En relación al hipersujetivismo, éste es una vía de aproximación a la realidad social, pero, además, hay que tener en cuenta que la entrevista solo puede ser leída de una forma interpretativa, esto es la información no es ni verdad ni mentira, es un producto de un individuo en sociedad que hay que localizar, contextualizar y contrastar.

“No hay lectura de la entrevista sin modelo de representación social y, por tanto, sus usos se inscriben en un proyecto de análisis de la realidad que no está en el simple transcripción o acumulación de las fuentes, sino en la construcción, por parte del investigador social, de una mirada propia sobre los materiales obtenidos” (Alonso, 1998: 70).

Otro tanto sucede con la memoria y su mediación, considerada muchas veces como distorsionante, mistificante o generadora de inexactitudes históricas. Sin embargo, la rememoración recrea el pasado en función del presente y, al contrario, el presente en función del pasado. Los recuerdos no son lineales, seriales y de una cronología simple, sino que responden a una organización compleja entre lo individual y lo social.

“La memoria aparece como una apropiación individual de una cultura histórica que siempre tiene que ser mirada desde lo colectivo” (Alonso, 1998: 71).

Situamos la entrevista en un campo intermedio (conductual-lingüístico) en el que ubicamos su valor metodológico: *el decir del hacer* (Alonso, 1998). Esto nos exigió una incesante labor reflexiva, la cual se suma a la reflexividad metodológica propia de la investigación social como proceso de producción de conocimiento.

III. 2. b- La observación

Si bien la observación es una práctica que todos los hombres realizan existe diferencia cuando se estructura desde el sentido común o desde un plano científico. Generalmente suele decirse que la primera está teñida de las subjetividades de quienes

observan y también de quienes son observados, caracterizada por la ausencia de un marco teórico previo que delimite la acción de observar y que no responde a preguntas o cuestiones específicas fijadas con antelación. Por el contrario, pensar a la observación desde el plano de la investigación científica señala el acercamiento a la realidad desde una posición definida, fundamentalmente teórica. Implica una actividad deliberada y consciente, sistemática, describiendo, relacionando, sistematizando y, sobre todo, tratando de interpretar y captar significado. Realizamos la observación en un marco de “desconfianza” de las propias convicciones, dudando de ver lo que se ve, contrastando incesantemente datos con datos, informantes con informantes, interpretaciones propias con ajenas. La observación contribuyó al proceso que implicó conocer la realidad social ya que permitió, a partir de las potencialidades que los diferentes sentidos aportaron, conocer aspectos constitutivos de la porción de lo real que se deseó conocer.

Observar nos implicó un proceso de toma de decisiones el cual demandó que, en función de los objetivos, no se observará “cualquier cosa” sino aquellos aspectos que refirieron al tema o problema en cuestión en términos de investigación.

La observación no estuvo exenta de riesgos y peligros respecto a la plenitud y la perfección de su recogida de información dado que muchos fenómenos no fueron observables directamente y estuvieron latentes a niveles muy profundos. Por otro lado, también en algunas circunstancias el fenómeno a observar estableció un vínculo emocional con el observador poniéndose en marcha ciertos mecanismos que “ciegan” impidiendo ver lo que realmente existe o “hacen ver” lo que en verdad es inexistente. En este sentido, no pudimos desconocer la relación cultural establecida con los observados y el peligro de utilizar un planteamiento cultural propio y distorsionar con él el conocimiento de la realidad, más aun cuando la noción de cultura que puede prevalecer remite a un concepto jerárquico.

Definimos la modalidad de observación en función del objeto que se deseábamos conocer lo cual nos permitió aprehender la procesualidad, superando la superficialidad aparente y la realidad fragmentada. Evitamos de este modo identificar los fenómenos sociales como cosas o fenómenos naturales, exteriores, superiores y anteriores a los hombres.

III. 3- Análisis de la información a través de las narrativas

Advertimos que los relatos de episodios vinculados a experiencias de desnutrición infantil obtenidos a través de las entrevistas en profundidad se presentan como recursos

adecuados para el análisis de la incidencia de factores socio-culturales en las prácticas sociales ligadas a la enfermedad y la reconstrucción de este proceso. Estimamos válidas las narraciones porque consideramos, tal como sostiene la bibliografía consultada (Suárez, 2007; Crivos, 2007; Gorlier, 2005; entre otros), que tienen la capacidad de articular concepciones y vivencias constituyéndose en punto de anclaje para el estudio de prácticas sociales ligadas a la desnutrición infantil en la Ciudad de Tandil.

A lo largo de la investigación atribuimos al relato una función exploratoria y heurística. Consideramos que este modo de captar información, dado su carácter no estructurado, permitiría reconstruir e interpretar sentidos y significados que adultos y niños producen y ponen en juego en sus prácticas sociales vinculadas a la desnutrición. Esta estrategia de indagación colaboró en la comprensión de cómo transcurre el proceso de constitución y recreación de sentidos de las propias acciones por parte de los que las llevan a cabo en escenarios socio-históricos y geográficamente contextualizados, sobre la base de la interpretación de sus saberes, convicciones, valoraciones, intención subjetivas e interacciones con otros. Pudimos observar que los informantes exponen un relato en su doble calidad de individuos singulares y de sujetos colectivos. Cada uno de ellos es único, pero al mismo tiempo en el camino de construcción de su subjetividad han sufrido la influencia familiar, barrial, social, económica, cultural en que han vivido y viven.

Al seleccionar esta técnica de análisis consideramos el potencial heurístico (búsqueda) acerca de las experiencias y vivencias que se deseaban investigar. Las expresiones lingüísticas de los informantes constituyeron el sustrato en el cual explorar concepciones, ideas y conceptos (Crivos, 2007). Estas manifestaron más sobre los significados que sobre los acontecimientos; expresaron no sólo lo que hizo la gente sino lo que deseaba hacer, lo que creían estar haciendo y lo que ahora piensan que hicieron, exponiendo como elemento singular la subjetividad del hablante (Portelli, 1991).

La postura metodológica que adoptamos entiende que los relatos son reconstrucciones dinámicas de las experiencias, en las que sus actores dan significado a lo sucedido y vivido, mediante un proceso reflexivo y por lo general recursivo. Es por esto que, desde esta perspectiva, podemos afirmar que las narrativas estructuran nuestras prácticas sociales y que este *“lenguaje de la práctica”* (Suárez, 2007) tiende a esclarecer los propósitos de esas prácticas, haciendo que el lenguaje narrativo no discorra tan sólo acerca de ellas sino que además las constituya y colabore en producir.

A través de las narrativas pudimos recuperar las perspectivas divergentes que los sujetos tienen acerca de los acontecimientos sociales que se estudian con respecto a

aquellos que predominan en instituciones que centralizan el poder, contribuyendo al conocimiento de cómo se organiza la diferencia y la desigualdad social. La narrativa se constituyó en un recurso cognoscitivo que nos permitió acceder al análisis acerca de cómo el grupo recepcionó transformaciones económicas, político sociales o examinó el pasado de una sociedad generando puntos de vista diferentes a los dominantes, que incluso cuestionan.

A través de las narrativas fue posible visualizar como los sujetos toman posición de si mismos y se ubican ante otros y en el mundo simbólico de su cultura (Dupey, 2006). El análisis de los relatos nos permitió observar las implicancias que los procesos de constitución, representación y negociación de identidades ejercen en la producción y la reproducción sociocultural.

Si bien el estudio de las narrativas nos concedió la posibilidad de reconstruir significados y experiencias del grupo de estudio definido, los hallazgos no pueden generalizarse hacia a un colectivo mayor, en consecuencia, explicitamos que la orientación de esta investigación no es particularista y generalizadora sino holística (totalidad) y concreta.

“Es posible reconocer una doble función de la narrativa: comunicación y performativa. En la primera, la coherencia del relato es dada por la lógica (secuencia y causalidad). En la segunda, el discurso es visto como un aparato para la producción de significado más que como un vehículo para la transmisión de la información. En consecuencia, todas las narrativas establecen juicios e intentan persuadirnos de la agudeza, relevancia y coherencia de un visión particular” (Crivos, 2007: 97).

En este sentido, nos resulta pertinente exponer la contribución de Gorlier (2005), quien a partir de Austin (1967), señala que en el acto de habla hay que distinguir entre “emisiones constatativas”, que describen un estado de cosas y “emisiones performativas” que son acciones. Posteriormente el autor complejiza esta distinción y distingue tres dimensiones en el acto del habla: “acto locucionario”, acto de emitir palabras con un contenido lingüístico que en tanto lenguaje tiene sentido; “acto ilocucionario”, acto de pronunciar palabras con una fuerza tal que las convierta realmente en una acción; “acto perlocucionario”, acto que se sigue de lo que decimos, o si se quiere el efecto perseguido por la fuerza del acto de habla. Lo expuesto por el autor nos permite problematizar lo que muchos estudios sobre el lenguaje exponen con respecto a aquellos enunciados que no son verdaderos ni falsos porque son inverificables y pasan a ser entendidos como pseudos-enunciados carentes de sentido. Gorlier supera el prejuicio de que “decir algo” es “enunciar un estado de cosas”.

La trascendencia de considerar los relatos para el análisis de la incidencia de factores socio-culturales en las prácticas sociales ligadas a la enfermedad radica en que en ellos se expresa y representa la cultura, revelando estructuras mentales, culturales e ideológicas. Es posible advertir a través de las exposiciones verbales la posibilidad de reconstruir e interpretar hechos del pasado incluso recuperando diversas perspectivas (Schwarzstein, 1991), hasta ese momento desconocidas, y a la vez interpretar cambios en la conciencia y encontrar sentido no solo a lo que la gente dice sino también a lo que no dice.

La definición metodológica nos demandó tener presente que las narrativas se nutren de experiencias almacenadas en la memoria. La memoria tiene la capacidad de conservar determinada información y remite a un todo complejo de funciones psíquicas con el auxilio de las cuales el hombre esta en condiciones de actualizar impresiones e informaciones del pasado, de comprender y producir ideas, transmitir experiencias y definirse a sí mismo, es decir, intervenir en el proceso social. El hombre habla en su doble condición de sujeto individual y sujeto colectivo, cuando crea y transmite sus recuerdos lo hace desde esa doble condición. Ante lo expuesto, definimos que la confiabilidad de la memoria del informante (en el sentido de recordar) no pasa porque halla olvidos o errores en su información sino por la presencia de esos ‘olvidos significativos’.

A través de técnicas como la entrevista en profundidad fue posible recordar esas experiencias, identificarlas y registrarlas. Desarrollar esta dinámica no solo dependió de la memoria individual sino también de nuestra interacción con el entrevistado. Consideramos que nuestro papel debía ser activo, buscando recuerdos y provocando reflexiones y evaluaciones significativas, incluso proponiendo hipótesis que podían ser probadas por la experiencia personal del individuo.

Establecimos un desafío constante a nuestros entrevistados exponiéndolos a nuevos exámenes y reflexiones sobre las suposiciones y afirmaciones formuladas. Ante esto tal vez pueda decirse que en cierta medida esta estrategia metodológica es individualista (Moss, 1991) ya que considera que la experiencia vital de un solo ser humano, o aun un solo fragmento de la totalidad de una vida, es significativo por si mismo, o suficientemente representativo de un fenómeno mas amplio como para garantizar su inclusión en los datos básicos de la investigación.

III. 4- El trabajo de campo

III. 4. a- Unidades de estudio: problemas de acceso y definiciones

En lo que respecta a la determinación de la muestra cualitativa el acceso a los datos sobre niñas y niños malnutridos en la Ciudad de Tandil (bajo peso, emaciación, acortamiento, sobrepeso, obesidad) presentó una serie de obstáculos lo que condicionó su definición y alcance.

En primer término solicitamos información a las autoridades del Hospital Municipal Ramón Santamarina (HMRS). Los únicos registros disponibles sobre desnutrición referían a niños/as internados. El sistema informático utilizado iguala diagnósticos de desnutrición y deshidratación cuando establece los motivos de internación, por lo tanto, y a raíz de este déficit de registro observado se desestimó la utilización de tales datos²³. A su vez, se observó que no disponen de registros de las atenciones que se realizan en los denominados consultorios externos de pediatría²⁴.

Ante la respuesta del HMRS se gestionó el acceso a los datos ante la Dirección de Atención Primaria de la Salud (APS) dependiente de la Subsecretaría de Salud. Las autoridades informaron que no se disponía de tal registro. Si bien nos autorizaron a concurrir a cada Centro de Atención Primaria de la Salud y solicitar la información de modo particular, se observó que los criterios para definir el estado nutricional dependían del profesional tratante, por lo que prescindimos de esta reconstrucción.

Generamos nuevas búsquedas de datos, entre ellos, los resultados de un relevamiento de peso y talla realizado por el Plan Mas Vida²⁵ en 2003. Esta indagación nos permitió conocer que sólo se dispone de un dato general estimativo para la Ciudad²⁶ y se omite la identidad de los niños involucrados en el porcentaje²⁷.

También se consideró en las tareas de búsqueda la evaluación realizada por los CAPS en los establecimientos escolares. Los resultados de esa pesquisa arrojaron iguales

²³ Es pertinente mencionar que el HMRS señaló la posibilidad de acceso a historias clínicas (sin informatizar) del registro de internados en cuestión, sin embargo, no se consideró un recurso válido.

²⁴ Según informaron las autoridades, el nuevo Hospital de Niños Debilio Blanco Villegas, inaugurado el 21 de junio de 2008, abordaría este déficit y pondría en funcionamiento registros de las atenciones.

²⁵ Programa Provincial que, sustentando sobre la red de manzaneras y comadres, distribuye mensualmente leche y otros alimentos a mujeres embarazadas y niños menores de 6 años. Actualmente se ejecuta bajo modalidad mixta, es decir, entrega directa de leche en polvo y tarjeta magnética.

²⁶ 15% niños menores de 6 años malnutridos, en partes iguales por déficit y exceso para aquel año.

²⁷ Según fuentes consultadas (ex funcionarios municipales) los datos fueron remitidos al Ministerio de Desarrollo Humano de la Pcia. de Buenos Aires sin que hayan quedado copias en el Municipio. Se generaron consultas con diversos organismos públicos (Área de Desarrollo Social, CAPS, etc.) resultado de lo cual se confirmó que tales 'listas' no existen.

resultados negativos: datos que se envían al Ministerio y no se registran en la Ciudad. Además se observó que los relevamientos fueron parciales y asistemáticos.

Otro contacto nos remitió al Programa de detección, atención y rehabilitación de la población materno-infantil con riesgo o déficit nutricional ejecutado desde la Dirección de APS durante el lapso de 2005. Sin embargo dicha Dirección no pudo ofrecer los datos ya que no disponía de ellos, explicando que los mismos fueron proporcionados por el Centro de Investigaciones Geográficas de la Facultad de Ciencias Humanas-UNICEN, donde se dispondría de los datos en calidad de archivo²⁸. El dialogo con profesionales participantes de dicho diagnóstico permitió conocer que se trató de un registro parcial ya que no alcanzaron a incorporar a todos los niños/as evaluados con bajo peso debido a que el programa se interrumpió por renuncia del Director. Sin embargo, es importante resaltar que esta parcialidad fue realizada con iguales criterios en la definición de la patología, previo trabajo con los médicos de APS. Ante esto, y teniendo en cuenta el recorrido realizado en la búsqueda de los datos y considerando el tiempo transcurrido, decidimos definir las unidades de estudio en función de este último registro hallado.

En este marco la muestra no probabilística se definió escogiendo 6 unidades domésticas que conformaron nuestras unidades de observación. Se utilizó un patrón de selección teórica de los casos sobre el universo que el registro hallado otorgó. Se fijaron como criterios que existiera al menos un niño/a con bajo peso dentro de la unidad doméstica; luego se evaluó con el CAPS correspondiente que el bajo peso respondía a causa primaria (esto a los fines de descartar como causa responsable de la situación nutricional a otros factores orgánicos por Ej.) y por ultimo, confirmamos el seguimiento regular por parte del CAPS con el fin de reconstruir trayectoria y observar continuidad del diagnóstico de bajo peso y superación del mismo.

Las unidades domésticas seleccionadas residían en la misma área geográfica. El primer contacto y las entrevistas posteriores se realizaron con las mujeres-madre de los niños diagnosticados. En términos generales se detectó que los varones adultos de esos hogares no se hallaban alfabetizados, que las madres poseían primaria incompleta, que los jóvenes habían abandonado el sistema educativo y los niños menores de 12 años se encontraban vinculados al mismo. Sus ingresos provenían de trabajos inestables (changas y cirugeo). Los entrevistados viven en viviendas precarias con los servicios de luz y agua

²⁸ En el marco de un Convenio celebrado con la Municipalidad 2004-2008 para la geo-referenciación de problemáticas sociales en el marco de un proyecto de zonificación y descentralización de la acción social municipal.

potable, aunque careciendo de red cloacal y gas; utilizan gas envasado para cocinar y leña para calefaccionarse en el invierno.

III. 4. b- Aproximación a las unidades domésticas y realización de las entrevistas

Realizamos el ingreso al campo haciendo una primera visita informal de carácter exploratorio la cual permitió acordar días y horarios para la producción de las entrevistas en profundidad. En dos casos el CAPS informó la realización del presente estudio. Simultáneamente se profundizó el conocimiento de las instituciones existentes en el barrio.

La totalidad de las entrevistas se realizaron en el domicilio de las unidades domésticas, realizando 2 o 3 visitas en cada caso según se consideró pertinente, entre los meses de julio y agosto de 2009. La aplicación de la técnica de acceso a la información finalizó por saturación teórica de la muestra.

Para el registro de la información se utilizó grabador digital y también se realizaron registros en el cuaderno de campo. Se utilizó como soporte una guía de entrevista como orientación para el entrevistador.

La conjunción de las técnicas de entrevista en profundidad y observación generó la posibilidad de establecer relaciones entre los discursos y las prácticas y permitió recuperar valoraciones, saberes, vivencias y prácticas cotidianas de las unidades domésticas con experiencias de desnutrición infantil.

Las entrevistas fueron desgravadas y se definió una modalidad de análisis de las narrativas y de escritura en función de los hallazgos más significativos obtenidos en las entrevistas y las observaciones que permitieron establecer ejes interpretativos de la problemática. La información fue ordenada en base a diversos aspectos constitutivos de las vivencias con el fin de re-construir la experiencia de la enfermedad. Para esta producción fue significativa la re-elaboración de dimensiones realizada a partir de Estroff (1993) en: temporal, socio-cultural, simbólico-cultural, biológico-clínica y económico-política, las cuales señalaron el rumbo y sirvieron de ‘esqueleto’ para la producción de las entrevistas, el diseño de la guía y el ordenamiento de la información. También se emprendió un diálogo con la bibliografía con el objeto de resignificar lo que hemos dado en llamar ‘*la experiencia de enfermedad*’ (Alves Ortiz y García de Lima (2007), Comelles (1997), Fajreldin Chuaqui (2006), entre otros). Se trabajó intensamente entendiendo que la definición de una enfermedad es también definición de una identidad, de lo que somos, de cómo estamos viviendo, creciendo, etc.; concibiéndose a la identidad personal desde la propuesta teórica de Luckmann (1983).

Convengamos que en este estudio estamos abordando algunos aspectos en retrospectiva (pasado) mientras otros son del presente. Estos últimos en términos de continuidad o modificaciones identificados como producto de la situación pasada. En consecuencia, la realización de las entrevistas demandó a las mujeres-madre un constante ejercicio de reflexión recordando por un lado el diagnóstico de sus hijos informado en 2005 y por otro las acciones desplegadas en relación a este (algunas cesaron mientras otras continúan). Este ejercicio no tuvo el mismo caudal de respuestas en todos los casos, señalando diferencias en la calidad de las mismas. Este aspecto no es un dato menor sino indicador de cómo se ha elaborado la experiencia de enfermedad.

Los entrevistados manifestaron una residencia prolongada en el área y no se visualizan desplazamientos, es decir, si bien es posible observar un tránsito campo-ciudad, éste se realizó dentro de los límites del Partido de Tandil y tiene una antigüedad mayor a los 5 años. Se registraron periodos de residencia en el ámbito rural durante la infancia y el primer momento de conformación de la unidad doméstica, cuando no estaba presente la exigencia de la escolaridad de los niños. En todos los casos el domicilio en el campo estuvo vinculado al empleo y la generación de ingresos (monetarios y no monetarios, es decir, provenientes de la autoproducción alimentaria a través de huerta, cría de animales, leche). Es importante aclarar que no se han registrado desplazamientos geográficos de las unidades domésticas en el periodo comprendido entre el diagnóstico y el momento de la entrevista.

III. 4. c- El contexto del trabajo empírico

La recopilación de información en el CAPS y el acceso a otros estudios realizados en la zona permitieron reconstruir algunas de las características del contexto del trabajo empírico que permiten dar cuenta de las condiciones de vida de los habitantes del barrio en general y, en particular, de las unidades domésticas entrevistadas.

El sitio donde habitan se denomina Barrio Palermo y está ubicado al noreste de la ciudad de Tandil. Presenta un escaso desarrollo socioproductivo, lo cual implica que los problemas de salud vinculados al medio ambiente se relacionan en mayor medida con las condiciones de las viviendas, en especial, con el acceso o no al agua potable, a la red cloacal, y a la estructura propiamente dicha de la vivienda (Alonzo, Carricaburu y Mallardi, 2005).

Según datos del Censo de Población 2001 es posible observar que el servicio de agua se encuentra extendido en la mayoría de las viviendas, al igual que la luz eléctrica.

Por su parte, los servicios de cloacas y gas, se encuentran menos generalizados. Es importante mencionar que el alto porcentaje de viviendas que obtienen el agua de red pública para la limpieza y cocción de alimentos tiene una relación directa con la baja prevalencia e incidencia de las enfermedades relacionadas con el estado del agua, como enfermedades diarreicas, según lo expresan informes proporcionados por el CAPS. Estos mismos relevamientos permiten visualizar que las enfermedades prevalentes en la zona se vinculan a problemas respiratorios, siguiéndole las patologías dermatológicas y las osteoarticulares.

Observamos que la cantidad de personas mayores de 65 años alcanza el 6,1%, por lo que se trata de una población que no se considera envejecida. El dato resulta aún más relevante cuando comparamos con el índice para ciudad de Tandil, el cual asciende a 12,8% duplicando el parcial del barrio en cuestión.

La población convive en su gran mayoría en hogares de tipo nuclear completo, siguiendo el tipo hogares extendidos. El resto de la población se reparte en hogares nucleares incompletos, unipersonales, compuestos y multipersonales no familiares. Analizando la cantidad de miembros por hogar, podemos apreciar que la mayoría de los hogares están compuestos por 4 miembros. Con porcentajes menores, le siguen hogares compuestos por 2 y 3 miembros. En función de los datos obtenidos observamos que en la mayoría de los hogares, el sostén económico lo constituye el varón.

El Censo poblacional nos permite conocer la situación habitacional en esta área geográfica. Una primera clasificación que podemos realizar corresponde con el tipo de vivienda, encontrando que se trata, en su mayoría de viviendas denominadas como tipo A, las cuales se caracterizan por no presentar alguno de los siguientes indicadores: no tener previsión de agua por cañería dentro de la vivienda; no disponer de retrete con descarga de agua; tener piso de tierra u otro material precario. En segundo término, se presentan las viviendas que se clasifican como tipo B. En menor término, se observan viviendas denominadas rancho, casillas, departamentos, pieza de inquilinato o pensión y locales no construidos para habitación. En el área geográfica donde habitan las unidades domésticas el indicador de hacinamiento es del 40%. En cuanto al tipo de pisos, la mayoría abarca a aquellos construidos con cerámicos, baldosas, mosaico o mármol. En lo que respecta al material de los techos de las viviendas predominan aquellos de chapa de metal, siguiéndole aquellos de pizarra o teja. La construcción de las paredes que predomina corresponde en su gran mayoría a ladrillo, piedra o bloque. En cuanto al número de habitaciones por

viviendas, podemos apreciar que en su mayoría se encuentran construcciones de 3 habitaciones mientras que, en segundo lugar, encontramos viviendas con 2 habitaciones.

CAPÍTULO IV

VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS EN TORNO A LA DESNUTRICIÓN

A modo de presentación sintética, destacamos que en el primer ítem de este capítulo nos concentramos en el carácter procesual de la experiencia del diagnóstico de desnutrición. Dentro de éste distinguimos un primer momento de reconocimiento e identificación del problema y las causas, un segundo estadio referido al procesamiento de las reacciones intra y extra-domésticas y, por último, exponemos aspectos que caracterizan la acción de asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud de los niños.

En el segundo apartado analizamos las fuentes de ingresos de las unidades domésticas estudiadas. Prestamos especial detalle a la gestión de la asistencia social a cargo de las mujeres-madre trabajando la idea de la función reproductiva de éstas diferenciada de la función productiva de los varones, en clara sintonía con los estereotipos de género. También observamos las características de la asistencia social en términos del impacto que puede generar en las prácticas de reproducción cotidiana de las unidades domésticas. Al mismo tiempo, consideramos el análisis sobre la estigmatización sentida por las mujeres-madre ante la asistencia social alimentaria.

En el tercer apartado nos concentramos en los tipos de alimentos que se consumen en los hogares, la accesibilidad, las construcciones históricas y culturales, frecuencias de consumo, distinciones en cantidad según género y generación, y rol asumido por la mujer-madre.

Abordamos la escolaridad en tres aspectos: por un lado, analizamos la relación entre los años de escolaridad de los adultos responsables de la crianza de los niños, considerado como potencial factor causal de la desnutrición, y la superación y/o continuidad de la situación de bajo peso. Luego observamos la inclusión de los niños y los jóvenes en el sistema escolar como indicador de las prácticas cotidianas de las unidades domésticas. Finalmente, estudiamos la relación escuela-unidades domésticas con hijos desnutridos y los sentimientos de estigmatización que se generan en ésta última.

Por último, estimamos necesario observar la participación de las unidades domésticas en las redes sociales. Esto nos permitirá conocer los lazos sociales sobre los que se sustentan (distinguiendo parentesco, vecindad y amistad), visualizar los recursos que

intercambian (bienes y servicios circulan) y el grado de contribución a la reproducción de la vida cotidiana.

IV. 1- La experiencia del diagnóstico

A través del relato de las madres podemos identificar la forma en que la experiencia de la enfermedad es representada y evocada, en la cual las ocurrencias en torno de ella son presentadas como poseyendo un orden coherente y significativo, donde actividades y eventos se describen por referencia al sentido que tienen para las personas involucradas. Las palabras de las madres manifiestan diferencias y similitudes en el marco de la misma experiencia. Sin embargo, podemos identificar una similitud unánime que señaló el diagnóstico de bajo peso, y refiere a la demanda, fundamentalmente hacia la mujer-madre, de un conjunto de decisiones cotidianas las cuales pueden visualizarse a través del relato de acciones que debieron realizar para atender el estado nutricional de su hijo. Observamos que el diagnóstico es una experiencia en la que se condensan visiones individuales y colectivas y, como resultado de estas, se despliegan comportamientos. Esto manifiesta que la relación entre individuo y sociedad se construye entre los dos modos de existencia de lo social en términos de Bourdieu: las estructuras sociales externas y las estructuras sociales internalizadas (incorporado a la personas como habitus). Analizaremos en este punto de discusión la anterior proposición a la luz de los discursos de las madres entrevistadas centrándonos en lo que se considera el momento del diagnóstico, como instancia diferenciada del “tratamiento”.

En consecuencia, advertimos el carácter procesual de la experiencia del diagnóstico distinguiendo momentos o ejes de diferenciación que permiten analizar la experiencia: reconocer-identificar el problema y la causa, procesar las reacciones intra y extra domésticas y asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud de los niños (ultimo momento de transición hacia el periodo de tratamiento).

IV. 1. a- Reconociendo el problema

El diagnóstico fue realizado por el Centro de Atención Primaria de la Salud (en adelante CAPS) emplazado geográficamente en el área donde viven las unidades domesticas entrevistadas. Todos los niños fueron evaluados por el mismo equipo

profesional primando igual criterio en todos los casos, es decir, evaluando la relación peso-edad y peso-talla²⁹.

El diagnóstico de bajo peso no presentó discusión en ninguna de las madres entrevistadas, por lo tanto, es aceptado a pesar de que no todas llevaron a sus hijos imaginando este posible estado nutricional. Algunas de ellas manifestaron sorprenderse ante el diagnóstico, sin embargo, no se observa resistencia al mismo³⁰.

Los niños evaluados no presentaban, al momento del diagnóstico, dificultades en la escuela, el juego u otros problemas de salud asociados al estado nutricional. Probablemente esto se presentó en términos de paradoja y estimuló la sensación de sorpresa de alguna de las madres; sin embargo, no interfirió en la admisión del estado nutricional.

Las madres identificaron en el discurso diferencias entre la denominada desnutrición y la situación de bajo peso por la que atraviesan, o atravesaron sus hijos. Si bien la situación nutricional es identificada como negativa es posible advertir cómo subestiman el diagnóstico de bajo peso cuando consideran y lo comparan con el término desnutrición. El hecho de que el diagnóstico informado no represente una ruptura clara con los comportamientos habituales probablemente resta importancia al padecimiento, naturalizando y minimizándolo. Al mismo tiempo, se debería considerar el significado social del término desnutrición el cual aflora no solo en los discursos de las madres, sino en funcionarios, profesionales o medios de comunicación.

La condición física de delgadez no estimuló en todos los casos a las madres a concurrir al CAPS. Algunos niños fueron diagnosticados en el marco de controles regulares de estado general de salud, otros concurren junto a sus madres por sugerencia de parientes - amigos y otras madres llevaron a sus hijos al CAPS porque ante el hecho de que comía "*poco*" y, teniendo experiencias previas de bajo peso en otros hijos, "*no querían que les vuelva a pasar lo mismo*". En un artículo sobre el encubrimiento de la desnutrición Aguirre y otros (1986) señalan que la población no problematiza su existencia sino sus consecuencias cuando éstas se manifiestan con síntomas somáticos agudos (fiebre, vómitos, diarreas), a la vez que se oculta el problema bajo un criterio de normalidad, que

²⁹ Criterios constitutivos del indicador denominado bajo peso.

³⁰ Las madres consideraron en las entrevistas que aspectos como el horario de atención (7 a 17 hs.), el acceso universal al servicio (sin restricciones a números, cantidad de pacientes diarios o práctica médica), el emplazamiento geográfico (escasa distancia hasta los domicilios de las unidades domésticas), la derivación al Hospital en la medida de lo necesario, el acompañamiento permanente, hacían oportuno el tratamiento de la situación de bajo peso de sus hijos en el CAPS como así también de la salud de todo los integrantes de la unidad. Esta observación merece ser expuesta teniendo en cuenta el significado que en otros estudios (Lumi, 1993) le han otorgado a la atención hospitalaria en detrimento de los CAPS.

en el discurso se refleja con expresiones del tipo “*son flaquitos*”, “*son menuditos*”, “*comen poco*”. Sin embargo, visualizamos que la experiencia previa, es decir, que otros hijos hallan transitado por diagnóstico de bajo peso, hace notar el fenómeno. Asimismo, el discurso manifiesta, a la vez y con mucha fuerza, relativa normalidad, bajo las expresiones “*ella no quiere comer*”, “*come pocas cosas, solo lo que le gusta*”, “*come poquito*”.

A su vez, en todos los casos, el estado de bajo peso no siempre es referenciado directamente, aludiendo al mismo como “*algo*” que les pasó a los niños.

Identificamos que aquellas unidades domésticas que adjudican la responsabilidad del estado nutricional a la falta de alimentos (a través de un acceso mercantilizado o no³¹) superaron el estado inicial de bajo peso. Sin embargo, en aquellas unidades domésticas donde vinculan la situación de bajo peso con alguna otra circunstancia vivida por miembros de la unidad, se observa la transferencia de la responsabilidad del diagnóstico al niño y la madre.

El diagnóstico es vivido como algo negativo por todas las entrevistadas pero se observan diferencias en el argumento causal. Advertimos cómo se diluyen en los discursos de las madres las condiciones de vida como causales de la desnutrición, deslizándose hacia el terreno individual. Cuando Aguirre (1986) propuso dos modelos interpretativos del sistema sanitario señaló uno teórico, donde la desnutrición es considerada como patología social que reconoce razones estructurales, y un modelo instrumental, donde las causas sociales se diluyen en el terreno de lo individual o de lo familiar, de tal modo que las condiciones de vida que están en la base de la desnutrición desaparecen del argumento causal. Probablemente nos podamos interrogar acerca de cuánto penetró el discurso instrumental en las propias unidades domésticas que padecen desnutrición y las consecuencias sobre las prácticas que establecen para superar el diagnóstico inicial. Varias entrevistadas no rechazan el diagnóstico de bajo peso sino la causalidad social de la misma. Ponen el acento no en la falta de comida sino en algún problema del organismo, algo así como una idea de que el propio cuerpo rechaza el alimento.

Observamos que las madres, en función del causal de desnutrición identificado, despliegan prácticas diferentes. En consecuencia, aquellas madres que señalaron la escasez de alimentos como responsable del estado nutricional optaron por adjudicar la responsabilidad a la falta de empleo, el tipo de productos y la escasa cantidad de alimentos

³¹ Se identifican dos vías posibles de acceso al consumo alimentario: consumos obtenibles con dinero (compras particulares de las unidades domésticas y compras en conjunto -comunitarias-) y consumos no obtenibles con dinero, resultado de formas propias de organización familiar y como producto de la intervención estatal y organismos gubernamentales.

que entregan los programas alimentarios en relación a los miembros de la unidad, la cantidad de alimentos recibido por los niños en los comedores escolares, entre otros factores que exceden las fronteras de la unidad domestica. Las madres cuyos niños aun persisten en la situación de bajo peso a pesar de la disponibilidad de alimentos, se autoresponsabilizaron de modo más directo y otorgaron a los niños diagnosticados también un rol protagónico en términos de responsabilidad por la situación que atraviesan. Exceptuaron al varón (pareja y padre biológico de los niños) cuando consideraron quienes podrían haber hecho algo diferente para evitar la situación. Consideramos necesario exponer que se visualiza la mayor carga en las mujeres-madre entrevistadas.

IV. 1. b- Las reacciones ante el diagnóstico

Las madres identifican que ante el diagnóstico debieron realizar nuevas actividades como *“dedicarle mas tiempo cuando comen”*, *“estar mas atenta y observarla”* al momento de ingerir la comida y *“hasta tengo que darle en la boca!!”*; elaborar otras preparaciones; planificar para que el consumo sea variado; concurrir con mas regularidad a controles médicos; gestionar asistencia social; desarrollar prácticas de autoproducción alimentaria; *“colaborar en casa”* (acceder a nuevos ingresos monetarios o no monetarios). Estas son señaladas como acciones que deben realizar las mujeres, exceptuando a los varones y también a los hijos e hijas, dado, fundamentalmente, a la edad de los últimos. Asimismo, en una de las unidades **domésticas** donde hay una hija mayor no se la vincula a estas nuevas actividades.

Muchas de las madres entrevistadas asumen estas actividades porque se consideran responsables de la situación nutricional de sus hijos. Algunas argumentan la falta de alimentos, trasladando a su vez, la responsabilidad hacia la falta de trabajo y la asistencia alimentaria. Otras sienten de manera más directa la responsabilidad adjudicándose la necesidad de modificar prácticas cotidianas vinculadas a lo alimentario, el cuidado y la crianza de los niños. Están fuertemente influenciadas, según puede inferirse en las entrevistas, por la intervención y los discursos de los agentes de salud, profesionales de la nutrición, docentes de las instituciones a las que asisten sus hijos, etc. Sienten la necesidad de realizar cambios por la salud de sus hijos pero también influyen los discursos culpabilizadores:

“me sentía mal (...) cuando te dicen bajo peso lo primero que hablan es que esa madre no le da de comer; lamentablemente el entorno, la gente, siempre habla lo negativo. No me dejo llevar por lo que me digan pero uno como madre quiere lo mejor para sus hijos y me dolía lo que decían de mi (...).”

Algunos discursos alcanzan un efecto culpabilizador porque hacen vivir como elección aquello que esta dentro de un horizonte acotado.

La visualización de escasos o nulos vínculos con parientes, vecinos y amigos reduce las posibilidades de evaluar reacciones de estos. Las madres relatan en las entrevistas nulo contacto con los parientes sanguíneos de la pareja y refieren escaso vínculo con los de ellas. Expresiones como:

“mi marido con su familia y yo con la mía, pero poco” o “soy de mi casa y mis nenas, no tengo mucho contacto con otros”

Son regulares y continuas, incluso observadas en investigaciones previas (Madrid, 2004).

En términos generales, a pesar de lo señalado en el párrafo anterior, no refieren sentimientos de estigmatización hacia los niños desnutridos por parte de otros niños o adultos. Sin embargo, parece vivirse esta sensación de *“marca social”* en las madres, nuevamente excluyendo de esta posición a la pareja varón, es decir, señalando la responsabilidad materna.

Advertimos al momento del diagnóstico y durante el tratamiento sentimientos de autoinferiorización materna, expresando límites para el cuidado de hijos, lo cual hasta pone en jaque la función social atribuida a las mujeres. Debemos tener en cuenta que estas madres no desarrollan una función productiva reconocida, es decir, no tienen un trabajo extradoméstico, aunque destinan una parte importante de su tiempo en tareas fuera del hogar para la sobrevivencia de la unidad doméstica. Es la pareja varón quien desarrolla trabajo extradoméstico dejando en ellas la exclusividad de las tareas domésticas y el cuidado de los niños, aumentando de esta manera la carga de responsabilidad del diagnóstico de bajo peso. Según el relato de todas las madres la pareja varón no interviene en las actividades domésticas y de cuidado de los niños, aunque decide en gran parte en que se gasta el dinero producido.

IV. 1. c- Asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud de los niños

En este momento de la experiencia observamos en todas las unidades domésticas un modelo patriarcal de relaciones lo cual indica un sistema jerarquizado que en las prácticas adquiere materialidad a través de la diferenciación entre tareas productivas del hombre (producción de bienes y servicios) y tareas reproductivas de la mujer (aluden a la maternidad, responsabilidades domésticas incluido el cuidado de los miembros de la familia). La relevancia asignada a la figura de la mujer-madre-cuidadora por parte de la

figura masculina, en tanto encargada “*natural*” del cuidado de los niños, define que la atención de la salud es tarea de ellas. Esto reproduce el modelo tradicional de género y, a su vez, esta presente en los discursos y las prácticas de la medicina hegemónica.

Las madres son las “*encargadas*” de llevar los niños al CAPS y viven como “*su*” responsabilidad los avances y retrocesos que sus niños evidencian con respecto al estado nutricional. Rotondi (2000) señala en su estudio la manera en que aparecen las responsabilidades femeninas ante una tarea clave de la reproducción como es el cuidado de la salud de los niños. El cuidado es preferentemente femenino tanto en hombres que trabajan como en los que no. Analizando respuestas como:

“por mis horarios de trabajo”, “es cosa de ella” o “de los chicos se ocupa ella”...

Podemos advertir que proveer dinero y hacerse cargo de la reproducción cotidiana se plantean como dos tareas que van por carriles separados de acuerdo a la división sexual del trabajo, respetando una división no solo analítica entre producción y reproducción. Se trata de la existencia de una concepción de trabajo doméstico en contraposición a la de trabajo asalariado y productivo, que por ende minusvalora al trabajo doméstico. La ausencia de productos en el trabajo doméstico, su invisibilidad, hacen que éste trabajo se presente como una acción ineludible de la reproducción cotidiana llevada a cabo por las mujeres. El trabajo doméstico aparece encubierto como “*devoción femenina*” y no como una actividad material y productiva o que facilita los procesos de producción/reproducción.

La mujer con la invisibilidad de su trabajo en el ámbito doméstico garantiza la producción y reproducción de la fuerza de trabajo y la ubica en el lugar de gestora y administradora de los pocos recursos con que cuenta la unidad doméstica, asegurando la reproducción social.

El trabajo no remunerado de la mujer adquiere para la unidad doméstica una importancia estratégica porque de ella depende la sobrevivencia cotidiana, la satisfacción de las necesidades de sus miembros.

Observamos que en las unidades domésticas donde las condiciones materiales de vida se evidencian a través de la falta de alimentos, la responsabilidad de la situación nutricional de los niños no necesariamente se identifica con la figura materna, también es considerado el padre en tanto proveedor. Pero, fundamentalmente, en estas unidades el eje de responsabilidad gira en relación a los “*otros*”. Este “*otros*” no está concretamente identificado aunque es posible advertir que refiere al Estado y sus funcionarios. Por otra

parte, aquellas unidades donde se pudo observar disponibilidad alimentaria la responsabilidad es vivida en términos individuales por la madre, adjudicándose la carga de los resultados negativos. Discursos que refieren a maneras de afrontar los cambios (mudanza, pareja, embarazo, situaciones de salud de otros miembros de la unidad) permiten visualizar el impacto de sus decisiones sobre la salud de los niños, lo que manifiesta las etapas del ciclo de vida familiar. Podemos entonces establecer una vinculación entre etapas del ciclo de vida familiar, identificadas por las madres al momento de las entrevistas, con el diagnóstico de bajo peso de los niños.

IV. 2- Los ingresos de las unidades domésticas

Cuando observamos el carácter de los ingresos vemos que parte de los mismos son en especies y crece este porcentaje cuantos menos ingresos económicos recibe la unidad. Las fuentes de ingresos son múltiples y variadas en las unidades domésticas estudiadas: mercado de trabajo informal, autoproducción, compras comunitarias y asistencia social estatal y no estatal. Compran la mayor parte de sus alimentos a través de los ingresos recibidos en el mercado de trabajo informal pero a la vez recurren a los alimentos que entregan organizaciones (estatales o no) y también producen alimentos cultivando huertas y criando animales de granja. También existen otros mecanismos que desarrollan las unidades domésticas como es “*estirar*” los recursos disponibles. Las madres entrevistadas informaron como se las ingenian para que alcance la leche para todos los niños haciéndoles té y agregándole “*algo de leche*”. Esta práctica puede resultar eficaz en función del objetivo, aunque no asegura el éxito nutricional.

Apuntar que los ingresos provienen del mercado de trabajo informal implica la realización de “changas” por parte de los varones de las unidades domésticas. Golbert (1993) señaló en su estudio que sus entrevistados no consideraban trabajo a las changas, y reclamaban un trabajo que les permita no solo tener cierta certidumbre sobre el nivel de los ingresos sino también mantener la continuidad de determinados vínculos. En las mujeres entrevistadas observamos demanda por la continuidad de las changas, probablemente evidenciando naturalización de estas condiciones de generación de ingresos. Esta visión evidencia no solo el contexto actual sino que, fundamentalmente, permite visualizar una constante en sus trayectorias laborales y las vividas por su entorno más cercano. Al mismo tiempo muestra -en primera persona- la erosión vivida por el empleo (estabilidad laboral) en la Argentina en los últimos 40 años.

Las mujeres evaluaron la posibilidad de trabajar fuera de su hogar, sin embargo, la pareja limitó esta idea argumentando el cuidado de los hijos y el potencial descuido de la función de reproducción, en términos de Wainerman (2003).

Observamos que aquellas unidades domésticas cuyos niños continúan en situación de bajo peso son quienes desarrollan prácticas de autoproducción alimentaria, siendo escasa la asistencia recibida por programas alimentarios estatales u organizaciones no estatales. Al mismo tiempo puede observarse que la asistencia alimentaria estatal, y en menor medida la no estatal, es mas fuerte en aquellas unidades que lograron superar el diagnóstico inicial de bajo peso, no hallándose prácticas de autoproducción.

Las compras comunitarias constituyen un consumo mercantilizado que tiene la finalidad de aumentar el poder de compra de los consumidores adquiriendo en centros mayoristas, lo que requiere la unión de varias familias. En nuestros casos no encontramos formas autogestionarias de compras comunitarias.

La gestión de la asistencia social (estatal y no estatal) está a cargo de las mujeres-madre, las cuales invierten tiempo y energía en tramitar la alimentación subsidiada que esta planificada fundamentalmente para ser gestionada y entregada a las mujeres-madre-cuidadoras. Según refieren ellas, asumir esta función demandó establecer acuerdo con la pareja ya que estos manifestaron una oposición inicial negándose a recibir los alimentos. Tal como han demostrado otros estudios (Eguía y Sotelo, 2007) los varones suelen expresar resistencia a la ayuda estatal, destacando en el discurso transferido por las mujeres la importancia de la comida en el hogar.

Estas actividades de gestión de la asistencia social desarrolladas por las mujeres implica asumir una función reproductiva diferenciada de la función de los varones, la cual esta ligada al trabajo extradoméstico. Observamos que las mujeres siguen reproduciendo modelos de división del trabajo que perpetúan los espacios masculinos (diferenciados de los femeninos) altamente valorizados y asociados a las actividades productivas. Si bien en términos generales se podrían plantear cambios como la incorporación de la mujer al mercado laboral, la mayor participación en el ámbito político y mayor equidad en los niveles de capacitación en relación con los varones, estos parecen diluirse el traspasar las fronteras de la intimidad familiar. A pesar de los cambios estructurales e ideacionales, la redefinición del lugar de las mujeres en el mundo público no ha sido acompañada por una redefinición equiparable del lugar de los varones en el mundo privado; es posible advertir la continuidad del modelo patriarcal. Consideramos que la equidad entre los cónyuges en llevar adelante la empresa familiar es escasa. Garrote (2003) explica que en la ultima

década del siglo XX la contracción del mercado laboral y el empeoramiento de condiciones de vida en la ciudad han producido nuevas formas de acceder al alimento generando que la mujer, imposibilitada de conseguir empleos bien remunerados que puedan traducirse en recursos alimentarios genuinos para sus familias, en malas condiciones de competencia en el mercado por los valores históricos que hacen a la pertinencia de sus roles (crianza de los niños, labores hogareñas, etc.), subalternizada educativamente, se halla visto incluida en nuevos procesos de gestión alimentaria para satisfacer las necesidades de su grupo.

Las madres identifican a la asistencia social estatal y no estatal como “*una gran ayuda*” para superar la situación de bajo peso; expresan que si no hubiese existido sus hijos “*estarían peor que bajo peso*”. Si bien podemos reconocer que la adquisición de bienes se da fundamentalmente a través del mercado, los recursos y los servicios brindados por el Estado y la intervención de organizaciones no estatales constituyen alternativas a las que recurren los hogares pobres y son de suma importancia en la reproducción de estos sectores.

Planes, Programas y Proyectos de Asistencia Alimentaria durante el diagnóstico y tratamiento de bajo peso ³²	1	2	3	4	5	6
Programa Nutricional Municipal (PNM) ³³	x	x	x	---	---	x
Plan mas Vida (PMV) ³⁴	x	x	x	---	x	x
Programa de atención Integral Flías. Vulnerables ³⁵	---	---	---	---	---	---
Programa Alimentos para Celiacos ³⁶	---	---	---	---	---	---
Programa Materno Infantil ³⁷	x	x	---	---	---	x
Programa Servicio Alimentario Escolar (SAE) ³⁸	x	---	x	x	---	x
Programa Alimentos Frescos (APS) ³⁹	x	x	x	---	---	x
Comedor Comunitario y Meriendas Comunitarias	---	---	---	---	---	---
Programa PROHUERTA (huerta y animales de granja)	---	---	---	x	x	---
Asistencia de organizaciones religiosas (Caritas, Evangélicas, otras)	x	x	---	---	---	x

³² Excepto el Programa de alimentos frescos (APS) el resto de los programas continúan asistiendo a las unidades domésticas.

³³ Entrega mensual de modulo alimentario conformado por 9 productos (1 Kg. arroz, 1 Kg. azúcar, 1 Kg. harina, ½ Kg. yerba, ½ Kg. fideos, 1 lt. Aceite, 1 c. tomate, 1 l. arvejas, 1 l. paté).

³⁴ Entrega mensual de 2 kg. de leche en polvo para niños menores de 6 años y embarazadas. Desde junio 2008 se implementa en la Ciudad la modalidad de Tarjeta Magnética \$ 80 (1 hijo) o \$ 100 (2 hijos o más). Ambas modalidades coexisten al momento de las entrevistas.

³⁵ Este programa esta constituido por 3 ejes: Educación, Fortalecimiento del espacio social y Asistencia alimentaria, este ultimo permite posibilita el acceso al consumo de carne y garantiza garrafa mensual.

³⁶ Asistencia mensual a pacientes celiacos. Entrega de alimentos libres de TACC.

³⁷ Asistencia mensual con leche en polvo fortificada a niños menores de 2 años.

³⁸ Servicio de comedor y merienda en los establecimientos educativos públicos provinciales.

³⁹ Asistencia alimentaria mensual especial a niños en situación de déficit nutricional. Posibilita la compra de alimentos denominados frescos en un comercio de la Ciudad.

Detectamos que las unidades domésticas no reciben todos los programas alimentarios estatales por los requisitos de la focalización, es decir, porque la mayoría no está dirigida al grupo doméstico sino a alguno de sus miembros que cumplen determinadas condiciones. La condición de ingresos, la edad, un padecimiento puntual o el cese del recurso una vez superada la situación nutricional deficitaria son criterios de focalización visualizados por las mujeres madre.

Las unidades domésticas identifican aumento de la asistencia alimentaria al momento del diagnóstico de bajo peso. También señalan el cese del beneficio cuando esta situación nutricional ha sido superada. Sin embargo, no todas las unidades con experiencia de bajo peso accedieron a estos nuevos recursos alimentarios. Distinguimos entre unidades domésticas que recibieron asistencia especial, lo cual permitió acceder a nuevos alimentos, y otras que no fueron incluidas en función de los criterios de selección y cupos disponibles según refieren las madres en las entrevistas. Ubicamos como elemento diferencial entre uno y otro grupo la condición de indigencia de los primeros y de pobreza de los segundos. En la aplicación de este criterio de focalización hay un fuerte desplazamiento ideológico de las funciones del Estado y de las características de la ciudadanía. Las prestaciones universales se sostenían en un criterio de “derecho” mientras que la justificación de la “selectividad” que trae la focalización se apoya en un concepto de mérito negativo: los que no pueden, los vulnerables, los excluidos “merecen” que las instituciones del estado concentren sus recursos en ellos, a la espera de restaurar sus capacidades para operar en el mercado. La focalización sostiene que el estado se reduce y la concentración en los más vulnerables permite ser más equitativo y asignar más eficientemente los recursos. Si bien hay propuestas que señalan una potencial revisión de este criterio, lo cierto es que se encuentra tan vigente como siempre en las políticas sociales, y las alimentarias en particular.

Otro criterio de focalización identificado por las mujeres madre es la edad de sus hijos, visualizado en el Plan Mas Vida, el cual define, con una presencia en todos los hogares con niños menores de 6 años, las posibilidades de consumo de leche. A través del relato puede observarse como se desarrollan procesos de distribución de intrafamiliar del recurso alimentario resultando ineficaz el criterio de selección en términos de objetivos nutricionales. Las madres expresan las dificultades de destinar el alimento exclusivamente a un miembro, *“si hay se reparte entre todos”*. De esta manera, cotidianamente se adecua la asistencia alimentaria transformando las prestaciones, aunque esta signifique solo la dilución intradoméstica donde la mujer impone formas culturalmente aceptadas en

términos de roles e identidades, prestigio y necesidades acerca de quien debe comer qué, arreglando y modificando el saber técnico de los nutricionista o médicos que deciden qué y quién debe comer.

Todos estos criterios son definidos como obstaculizadores para el acceso, asimismo, se incorporan en el discurso de las madres justificando la asignación de recursos a los que menos tienen:

*“si no lo preciso tanto mejor dárselo a otro”,
“lloramos (metafóricamente) todos los días porque no nos alcanza pero
hay otros que lo necesitan más”.*

Diferenciándonos de otros estudios (Eguía y Sotelo, 2007) no observamos hogares que hallan rechazado la participación prefiriendo el autoabastecimiento, de modo contrario se demanda mayor asistencia y la incorporación a planes que las exigencias de la focalización limitan.

No detectamos, tal como se ha señalado en estudios nuestros previos (Madrid, 2004), la aplicación del criterio de la participación de la comunidad incentivada por la propuesta neoliberal. En el discurso de las madres no observamos la exigencia de participación en la implementación, diseño o evaluación de programas (alimentarios, escolares, empleo). Tampoco visualizamos exigencias de participación obligatoria en charlas u otras actividades a cambio de asistencia social. Detectamos una posición pasiva ante los criterios que limitan la asistencia alimentaria, tanto en organizaciones estatales como no estatales.

En cambio, notamos -como se ha observado en otra parte- para la Ciudad de Tandil (Ramírez, 1996; Madrid, 2004), que los programas asistenciales reparten cereales y leche para complementar la alimentación en la población pobre. Se refuerza de esta manera la ingesta calórica (harina, polenta, fideos) cuando el tipo de desnutrición es proteica y no calórica. Explicaciones técnicas y económicas justifican el reparto de cereales señalando que las unidades domésticas complementarían la dieta destinando a los productos frescos el dinero que antes destinaban a los cereales, logrando así una nutrición adecuada. Esto no sucede porque los productos aportados por los programas se suman a los consumidos habitualmente logrando aumentar el caudal de alimentos secos, no la diversificación y calidad de las dietas. Ningún programa provee el 100% de los productos secos necesarios de modo que se pueda derivar el resto del gasto a los productos frescos y si lo hicieran dado el alto precio relativo de estos últimos, el volumen de frescos obtenido tampoco lograría estabilizar la dieta en un nivel nutricionalmente adecuado. Tal como hemos señalado la

unidad doméstica apunta a lograr saciedad integrando los productos secos de la asistencia al volumen de productos secos ya consumidos, con lo cual logran comer más de lo mismo. Esto no quiere decir que no sepan la necesidad de complementar con frescos sino que los ingresos que libera la asistencia son irrisorios.

Las madres relatan sentirse “mal” al momento de recibir o gestionar asistencia alimentaria:

“te sentís mal cuando haces cola desde muy temprano para que te den una bolsa”; “No me ayudan con la garrafa (...), tenés que ir, hacer cola, esperar, y por ahí te dan o por ahí no...”

Aguirre (2005) ha observado accesos diferenciales a la asistencia social en función de la existencia de experiencias para realizar las gestiones correspondientes y el manejo de información disponible. Pero también ha señalado como limitante la asunción de posición ambigua respecto de la solicitud de asistencia: por una lado la necesitan, por el otro rechazan verse en situación de destinatarios de la asistencia social. En las entrevistas realizadas estos aspectos no niegan el acceso a los programas, aunque podemos visualizar la contradicción entre recibir el recurso y el sentimiento que genera.

A diferencia de lo observado en Madrid (2004) las madres referencian escasamente organizaciones no estatales como fuente de obtención de recursos alimentarios. Este lo consideramos un dato relevante porque manifiesta un cambio con respecto a la situación relevada a posteriori de la crisis 2001-2002, donde buena parte de los ingresos alimentarios de las unidades domésticas en situación de pobreza e indigencia dependían de estas organizaciones. Las madres argumentan la escasa regularidad en la recepción del recurso y la exigencia de contrapartida, a veces económica. Este último parece ser el dato más consistente si además tenemos en cuenta la exigencia de prácticas de exposición de la situación de pobreza como condición para acceder a los recursos. Estas organizaciones no estatales están a cargo de vecinos del barrio lo cual genera relativo rechazo por parte de las madres entrevistadas, negándose a exponer ante ellos la situación de pobreza para obtener alimentos.

Por último, debe señalarse que todos los niños y jóvenes de las unidades domésticas concurren a servicios alimentarios escolares en la medida que sus establecimientos educativos ofrezcan el servicio. Las madres consideran como “muy importante” la alimentación recibida en la escuela identificándola como la “más nutritiva”. En los discursos de las madres puede visualizarse el impacto de este programa alimentario cuando

refieren al problema que se les presenta cuando los niños no concurren a la escuela porque están enfermos y deben quedarse en la casa.

IV. 3- Los alimentos y su preparación

Las narraciones nos permiten establecer que la cocción se limita en todos los casos a una hornalla de garrafa, por lo tanto, la comida debe prepararse teniendo en cuenta un solo fuego y un solo recipiente lo cual limita las preparaciones posibles. Las más frecuentes son las frituras y comida colectiva, es decir, la denominada, “*comida de olla*”. En el relato de las madres surgen como preparaciones más comunes el guiso, la sopa, los fideos y el arroz con tuco, el puré de papas y el pan. En los casos que practican autoproducción alimentaria (huerta) incorporan verduras a los guisos. Los tipos de preparaciones señaladas tienen una ventaja y es que se puede “*estirar*”.

Las madres entrevistadas relatan que preparan comida una vez al día. En la mayoría de los casos se realiza al mediodía y se guarda para la cena. Los adultos suelen suprimir la comida de la noche por mate. En las unidades donde observamos elaboración diferencial al mediodía y la noche las mismas estaban restringidas a los hijos. Del mismo modo que Ortale (2007) podemos afirmar que el ahorro de gas está en la base de la preparación de una comida diaria.

Las mujeres-madre explican que consumen alimentos que rindan, esto es, baratos, que llenen y gusten a todos los miembros de la familia. Estos son considerados alimentos fuertes con capacidad para superar la situación de bajo peso de los niños en particular y útiles a todos los miembros, fundamentalmente a la pareja varón que trabaja. Aguirre (2005) señala la doble trampa de las estrategias de consumo alimentario de la pobreza: exitosas y a la vez fallidas. Desde la evidencia cotidiana triunfan porque logran formar una canasta que privilegiando el volumen con productos rendidores, les permite comer y verse sanos. Pero en un análisis más profundo denuncia deficiencias alimentarias, ocultas tras una ingesta calórica que incluso produce sobrepeso, déficit de hierro y vitaminas. Diversos estudios han demostrado esta lógica de consumo en los sectores bajo línea de indigencia y pobreza. Lo que hemos observado en las entrevistas refuerza los hallazgos realizados por tales investigaciones⁴⁰. Las variaciones en el menú mostraron ser muy limitadas haciéndose explícita la monotonía. Todo el despliegue de prácticas y la multiplicidad de

⁴⁰ Véase Aguirre (1997, 2004, 2005).

canales y recursos presentes a la hora de conseguir algo para comer se traducen en “*la comida de siempre*” (Ortale, 2007).

Registran como carencia las frutas y verduras, pero no logran incorporarlas al consumo regular de la unidad doméstica, solo consumen los niños ante la asistencia estatal, escasa e irregular, accesible ante el diagnóstico de bajo peso. Estos recursos alimentarios cesan cuando se supera la situación de bajo peso.

La carne no se manifiesta en el discurso ni siquiera como escasa, es decir, no se expresa como alimento consumido ni siquiera esporádicamente. Es recurrente la expresión “*no es que no les gusta la carne, no tengo para comprarles*”.

Este dato llama la atención porque muestra un comportamiento diferencial a lo que han señalado diversos estudios acerca de la representatividad de los alimentos. Aguirre (1997) señala que las madres de sectores pobres expresan que la escasez de carne en sus dietas es sinónimo de comer mal, no presentando reclamo el mínimo consumo de frutas y verduras. En las expresiones analizadas de nuestros informantes hemos podido visualizar justamente lo contrario. Las madres expresan que la falta de verduras, frutas y lácteos limitaba la posibilidad de mejorar la condición de bajo peso. Sin embargo, detallaron diversas organizaciones, estatales y no estatales, a las que recurrieron para acceder a mayor cantidad de alimentos y particularmente disponer de los que ellas consideraban eran más beneficiosos para la salud de sus hijos.

Cuando Aguirre (2005) se refiere acerca de los cambios en la alimentación afirma que los sectores pobres marcan las tendencias más fuertes. En sus estudios, esta misma autora expresa que registrar como escasa la cantidad de carne remite a la historia de cada unidad doméstica, al patrón de consumo que aprendieron en su niñez y que definía que era “*comer bien*”. Lo que este patrón marcaba era que “*comer bien*” era comer carne en todas las comidas, de manera tal que el patrón alimentario podía resumirse en “*carne con algo*”. A partir del discurso de las madres podemos identificar la profundización de la tendencia de la escasez de carne hasta ubicarla prácticamente en un consumo nulo, evidenciando un cambio en el patrón alimentario histórico y en las pautas culturales, muestra las transformaciones que sufrieron las identidades colectivas con la creciente pobreza y exclusión de la década de los noventa (Aguirre, 2005). Profundiza la diferencia entre dos identidades alimentarias: los comedores de carne y los pobres, comedores de fideos.

En los relatos de las madres se diferencia “*la leche*” del consumo de “*los lácteos*”. Esto llama la atención y debería ser considerado por las estrategias de educación alimentaria, fundamentalmente en sectores que disponen de menos recursos económicos

para cubrir lo alimentario con el fin de optimizar ingresos y contrarrestar campañas publicitarias de alimentos “mágicos”. La representatividad de un producto comercial como el “Danonino”⁴¹ se evidencia en las expresiones de las madres:

“a mi otro hijo, que también tuvo bajo peso, yo le empecé a comprar todos los días Danonino y eso lo levantó, pero ella (también diagnóstico de bajo peso) no come ni la mitad del Danonino que le compro por eso no levanta”.

La leche, alimento considerado indispensable para los niños más pequeños, no apareció como preocupación. Probablemente los programas alimentarios (Plan Mas Vida y Programa Materno Infantil) posibiliten un consumo relativamente regular. Sin embargo, merece llamarse la atención a la acción de “estirar” la leche recibida para que alcance para todo el mes y, a su vez, la distribución intrafamiliar del recurso, lo cual pone en duda la calidad de las preparaciones que reciben todos⁴². En una unidad doméstica con 4 niños y acceso a 2 Kg. de leche en polvo⁴³ por mes la madre expresó:

“me alcanza porque les hago té con leche, me voy manejando”.

A través del discurso las madres demandan frutas, verduras y lácteos (identificados como el queso y el yogurt) como los alimentos que sus hijos necesitan o necesitaron para superar la situación de déficit nutricional. Evidentemente los alimentos no son solo bienes destinados a satisfacer necesidades biológicas. Más allá del imperativo biológico de que tenemos que comer para vivir, las necesidades alimentarias son construcciones culturales que surgen porque la sociedad nos habitúa a necesitar determinados alimentos. Las madres identificaron la necesidad del consumo de estos alimentos para superar la situación de déficit, probablemente influidos por equipos profesionales (médicos y nutricionistas). Sin embargo, y en coherencia con los considerados alimentos fuertes, no visualizamos la necesidad de un consumo permanente, es decir, una vez superado el déficit. Esto pone de manifiesto la distancia respecto de las definiciones normativas de las necesidades y de las concepciones instrumentales de los alimentos basadas en su valor de uso. La alimentación trasciende el campo médico-nutricional.

⁴¹ Yogurt adicionado con fuerte campaña publicitaria dirigida a los niños.

⁴² Es importante aclarar que, si bien desde el 2004 puede observarse relativa regularidad en la distribución del Plan Mas Vida en la Ciudad de Tandil, los niños que reciben este recurso son solo los menores de 6 años. Además reciben 2 Kg. de leche en polvo por mes, consumo estimado para 1 niño durante ese lapso de tiempo. Considerar la conformación de la unidad doméstica por edad permite observar el ingreso de leche en polvo y las posibilidades reales de que todos los niños alcancen un consumo adecuado de leche.

⁴³ Se estima adecuado un consumo mensual de 2 kg. de leche en polvo por mes por niño. Su preparación equivale a 16 litros mensuales permitiendo un consumo diario promedio de ½ litro. Este criterio es el utilizado por el Plan Mas Vida para asignar la cantidad por niño y además estimado oportuno como valor mínimo de consumo por las nutricionistas en función a los requerimientos de crecimiento.

También pone de manifiesto la interiorización “*muda y silenciosa de la desigualdad*” (Ortale, 2007), siendo las estructuras subjetivas producto de la naturalización o sumisión dóxica al orden social.

Observamos que todos comen lo mismo, niños y adultos, pero hay asignación de mayor cantidad a la pareja varón. Expresiones como “*es el soldado*” o “*es el que sale a trabajar*” refuerzan esta práctica diferencial desarrollada durante la cena. Las mujeres suelen relegar su alimentación primero para privilegiar la de sus hijos y luego para fortalecer la de sus parejas.

La distribución intrafamiliar de alimentos se acopla a la jerarquización de la unidad doméstica que favorecerá a unos en detrimento de otros de acuerdo a su propia estructura. Así las unidades domésticas que observamos, teniendo en cuenta que no son productos ahistóricos, se constituyen en réplicas del orden social jerarquizando determinado género o generaciones. Estas prácticas observadas devienen de roles asignados en cada unidad a los varones y mujeres, en tanto padres, madres, hijos, etc.

Tal como ha observado Ortale (2007) es la mujer madre la primera variable de ajuste, quien disminuye o anula alguna comida, por lo general la cena. En los casos donde los niños superaron la situación de bajo peso se observaron estas prácticas de consumo diferencial de alimentos. En los otros casos las mujeres-madre relatan que no existen diferencias, probablemente porque expresan que no faltan los alimentos en la unidad. La construcción de la mujer centrada en la maternidad tiene repercusiones en la autoestima, en la valoración social y en la capacidad para actuar sobre sus propios cuerpos, su salud, su alimentación y su bienestar.

El tamaño y la composición por sexo y edad de la unidad doméstica incide en la preparación de la comida. En las unidades observadas la actividad de elaboración está a cargo de la mujer-madre, no intervienen la pareja ni los hijos mayores (en los casos que existen) tal como han observado otros estudios (Ortale, 2007). En las otras unidades todos los niños son pequeños, por lo tanto, la edad limita la distribución de tareas en la cocina.

La posesión de electrodomésticos es nula, lo cual podría facilitar la planificación de las comidas y la conservación de los sobrantes.

IV. 4- Educación de niños y adultos

No identificamos los años de escolaridad de los adultos como factor diferencial entre aquellas unidades domésticas que superaron la situación de bajo peso y quienes aun sostienen el déficit. Asimismo observamos ciclos educativos truncos particularmente en los

varones y la culminación de escolaridad básica en la mayoría de las mujeres. Identificamos oficios en los varones y notamos que las mujeres estaban dedicadas a las actividades domésticas de la unidad (ama de casa). Los años de escolaridad de los adultos responsables de la crianza de los niños son habitualmente identificados como un factor causal de la desnutrición. Sin embargo, las madres y padres de los niños que superaron diagnósticos de desnutrición tampoco terminaron la educación primaria, lo que pone a prueba esta visión y permite especular sobre las estrategias que en particular desarrollaron estas familias.

Advertimos que los niños menores de 12 años, población mayoritaria de las unidades domésticas estudiadas, se encontraban escolarizados. Los jóvenes entre 14 y 18 años habían abandonado definitivamente el ciclo de educación básica, observándose esta situación donde ambos padres tampoco han culminado sus ciclos escolares elementales. Actualmente estos jóvenes realizan changas en la construcción y/o tareas domésticas. Percibimos que los niños que viven en situaciones de pobreza no sólo acceden y permanecen menor cantidad de años en el sistema educativo sino que atraviesan mayores dificultades en sus trayectorias escolares, vinculadas fundamentalmente a la repitencia y al abandono temporal o definitivo. Esta situación relativiza la universalización del acceso a la educación básica, ya que existe una parte de ellos que no accede a ella. Al mismo tiempo se observa cómo aumentan las situaciones de abandono escolar a medida que se incrementa la edad. La deserción de estos jóvenes se justifica en el discurso de las madres de alguna manera:

“a mi hija la discriminaban en la escuela porque cirujeamos y no quiso ir mas”.

No obstante, aun cuando se justifique la deserción, el valor que se asigna a la educación esta fuertemente incorporado inclusive en aquellas personas totalmente excluidas del saber formal. En este sentido, reconocen fuertemente a los hijos que culminaron sus ciclos básicos de educación.

Notamos que la relación año escolar-edad no registra alteraciones en los niños con diagnóstico de bajo peso, es decir, los niños realizan el recorrido escolar en el tiempo estipulado. Al considerar el índice de sobreedad, que indica situación de retraso en el recorrido por los niveles del sistema educativo, no observamos que los niños tengan mayor edad de la que correspondía teóricamente al año que estaban cursando. Esta situación probablemente refuerza la subestimación de la condición nutricional de los niños en la medida que no altera el rendimiento escolar.

El abandono definitivo del sistema escolar de los jóvenes remite, según expresan las madres entrevistadas, a los problemas para afrontar lo que la escuela pide teniendo en cuenta, a su vez, la existencia de hermanos pequeños que inician el ciclo educativo. La desocupación y la precariedad laboral afectan la vida cotidiana de las unidades domésticas de modo tal que la escuela muchas veces implica un sacrificio para la mayoría de los miembros de la unidad generando que los chicos dejen de ir a la escuela. La valoración asignada a la escuela puede evidenciarse en el esfuerzo que hacen para enviarlos y permitir la escolaridad de sus hijos, sin embargo, estas acciones no se presentan como exitosas para todos los miembros de la unidad doméstica. Como han demostrado otros estudios (Cafiero, 2007) no observamos redes de asistencia y ayuda entre parientes y amigos lo cual permitiría acceder a útiles, libros, manuales, zapatillas, guardapolvos o asegurar el traslado de los niños a la escuela, el cual se afecta, a su vez, por el estado de las calles de tierra en días de lluvia. Varios estudios han señalado las desigualdades educativas que existen entre los sectores más pobres y los más ricos de la población evidenciado en un acceso y permanencia menor de años en el sistema educativo además de atravesar mayores dificultades en sus trayectorias escolares, vinculadas a la repitencia y al abandono. El concepto de trayectorias escolares da cuenta del ritmo del recorrido realizado y puede interpretarse como el resultado de los alumnos y sus familias pero también son producto de la interacción de los condicionamientos materiales, las experiencias en la escuela y las estrategias individuales que se ponen en juego conforme a los márgenes de autonomía relativa en los que se desarrollan. En el abordaje del problema del fracaso escolar no solo hay que considerar una potencial crisis del sistema educativo y la necesidad de realizar reformas, también hay que dejar de realizar lecturas reduccionistas que entiendan al fracaso escolar como manifestaciones conductuales causadas por conflictos familiares y/o causas orgánicas. Así se refuerza la idea de preguntarnos de que manera lo social es participe de la constitución de la subjetividad y cuál es su incidencia en la configuración del síntoma de no aprender.

Los niños y jóvenes concurren a la escuela del barrio, excepto aquellos que asisten a servicios educativos especiales ya que el mismo no se halla en el área geográfica. Solo una unidad doméstica envía sus niños a una escuela en el centro de la Ciudad manifestando una serie de valoraciones negativas hacia la institución educativa del barrio. Asimismo, aquellas unidades cuyos niños concurren al colegio del barrio también realizan evaluaciones percibiendo escasa comprensión y capacidad para abordar problemas que exceden el acto de enseñar expresando acontecimientos vividos directamente o

experiencias de terceros. Señalaron experiencias de discriminación por obesidad, color de piel, pobreza. Sin embargo, dada la imposibilidad de costear el transporte, los niños continúan en ese establecimiento educativo y en algunos casos abandonaron el sistema.

Ante lo expuesto podemos advertir la desigualdad, la construcción del fracaso escolar y cómo la experiencia escolar de los niños esta mediada por muchas dinámicas que interactúan de forma compleja. En este sentido, la interrupción de las trayectorias escolares o el abandono no se debe solo a la pobreza sino a una combinación de diferentes factores de desigualdad. Sin embargo, la escuela sigue siendo visualizada como un medio para tener mayores posibilidades laborales en el futuro y elemento de diferenciación entre generaciones, un potencial elemento de superación entre la historia de los padres y su presente, y la vida futura de sus hijos.

IV. 5- Redes de cooperación e intercambio

Consideramos que observar la participación de las unidades domésticas entrevistadas en redes sociales nos permitiría conocer los lazos sociales sobre los que se sustentan (distinguiendo parentesco, vecindad y amistad), visualizar los recursos que intercambian (bienes y servicios circulan) y el grado de contribución a la reproducción de la vida cotidiana.

Caracterizamos a las redes sociales como relaciones informales y personales no jerárquicas entre miembros de diferentes unidades domésticas que intercambian bienes y servicios sin mediación monetaria.

Lomnitz (1989) ha señalado que la reciprocidad entre pobladores de una barriada depende de dos factores que favorecen el intercambio: la cercanía física y la confianza. La cercanía física es de una importancia evidente: a mayor vecindad mayor interacción social y mayores oportunidades de intercambio. Esta misma autora afirma que la confianza es un rasgo cultural que incluye la capacidad y deseo para entablar una relación de intercambio recíproco, la voluntad de cumplir con las obligaciones implícitas de dicha relación y la familiaridad mutua suficiente para servir de base a un acercamiento con probabilidad de ser rechazado. La reciprocidad resultará posible cuando haya igualdad de carencias. Lomnitz agrega que las diferencias económicas y los desniveles en el status social son obstáculos al intercambio recíproco.

Por su parte, Aguirre (2004) complementa estos argumentos al afirmar que cuando los ingresos se reducen y la asistencia se hace más discrecional, los hogares aumentan la confianza en la ayuda que pueden recibir de su propio entorno. Es por esto que cultivan

redes de ayuda mutua: relaciones de amistad, vecindad o parentesco basadas en la confianza que se establece entre amigos, vecinos y parientes. Sostiene que es posible inferir que estas redes forman un verdadero sistema de seguridad social que canaliza la solidaridad mutua en formas de mensajes, bienes y servicios; cuanto mas densa, numerosa y heterogénea es la red de relaciones de la unidad doméstica, mayores son las posibilidades de que dicha acción mancomunada contribuya exitosamente al sostén de la unidad

El trabajo de campo nos permitió visualizar discrepancias con respecto a estos planteos. Por un lado, podemos señalar que las condiciones de pobreza nos permiten inferir que, a pesar de la igualdad de (malas) condiciones socio-económicas, éstas no propician un despliegue de relaciones de reciprocidad cuyo nivel de desarrollo pueda permitir un impacto en la vida cotidiana. Si bien se ha constatado cierto grado de confianza y por lo tanto el establecimiento de lazos mutuos en el ámbito barrial y a partir de la cercanía física, ello no ha contribuido a producir que las unidades domésticas se apoyen unas a otras, recibiendo y enviando recursos diversos a sus parientes, amigos o vecinos. Por el contrario, observamos que la igualdad de condiciones de vida limita la posibilidad de ayuda mutua ante la insuficiencia de recursos. Alzugaray (2007) señala que ante la profundización de la exclusión laboral y la merma continua de los recursos, las unidades domésticas enfrentan serias dificultades para la implementación de relaciones de reciprocidad ya que tienen costos materiales, de tiempo y dedicación. Esto permite que visualicemos hasta qué punto se fragiliza la vida ante ciertas condiciones materiales y de inseguridad. Los diversos obstáculos que cotidianamente enfrentan y las decisiones que toman (para superarlas o no) puede obstaculizar las expresiones afectivas, la familia se aísla y refuerza en el aislamiento y la no construcción de vínculos (Madrid, 2004).

En las unidades domesticas entrevistadas no hallamos vínculos con organizaciones excepto aquellas ligadas a la asistencia social. El contacto con el jardín de infantes o la escuela es mínimo y se restringe a la convocatoria que estos realizan para informar avances o problemas en el proceso de aprendizaje. El contacto con el CAPS queda reducido a la atención de la salud de los niños, ya que cuando se trata del cuidado de la salud de las madres, y también de la pareja varón, se presenta un alto grado de indiferencia, desprotección y desvalorización del cuerpo. Observamos como el propio cuerpo aparece descuidado, desatendido, con un progresivo deterioro (precariedad en la higiene personal, problemas dentales, etc.).

El análisis sobre el contenido que circula en las escasas redes sociales en las que participan las unidades domésticas permitió identificar una mínima ayuda en servicios, tales como el cuidado de los hijos en condiciones muy excepcionales.

Las relaciones entre vecinos y parientes son escasas, débiles y a-sistemáticas. Sólo hemos podido constatar el contacto entre quienes se encuentran próximos físicamente (vecinos contiguos). En contraste, se profundiza la ayuda entre los miembros de la unidad doméstica, es decir, aumenta la colaboración intrafamiliar para la reproducción cotidiana. En los relatos son recurrentes las referencias hacia el aislamiento entre los habitantes de la zona argumentando obstáculos para poder ayudar considerando los escasos recursos disponibles.

CAPÍTULO V

VOLVER A EMPEZAR.

ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS CONCEPTOS CLAVE E HIPÓTESIS DE TRABAJO

V. 1- Justificación de la enfermedad y responsabilidad materna

Como fuera puesto en evidencia, es clave la relevancia asignada a la figura de la mujer-madre-cuidadora por parte de la figura masculina, de las instituciones (el sistema de salud, los programas de asistencia alimentaria, la escuela) y por ellas mismas, en tanto encargadas naturales del cuidado de los niños. Viven como “su” responsabilidad los avances y retrocesos que sus niños evidencian con respecto al estado nutricional, lo cual no excluye procesos de culpabilización, a su vez, hacia el niño desnutrido.

Visualizamos que la cuestión de la maternidad marca la vida de las mujeres, vivenciada como un conjunto de prácticas que el devenir histórico naturalizó y señaló como obligatorias. La vida cotidiana está organizada en función de las tareas que los hijos demandan. Estas mujeres no tienen inserción en el ámbito laboral; evidentemente varios aspectos juegan para que las posibilidades de inclusión en la esfera laboral encuentre más obstáculos en condiciones de pobreza (cuidado de los niños por ejemplo). Ahora, también es cierto que observamos un gran despliegue por parte de las mujeres de acciones para el acceso a recursos que los planes y programas de asistencia estatal y no estatal otorgan. Esto insume tiempo, demanda la selección de estrategias, implica la generación de contactos, etc. En suma, también se transforman en proveedoras de recursos a la unidad doméstica aunque es vivenciada por ellas como parte de las actividades diarias necesarias para la subsistencia del grupo, y de este modo minimizando su importancia. Este auto-menosprecio surge al comparar con la actividad laboral de la pareja varón, aunque en algunos casos, si asignáramos valor económico a los recursos accedidos, el de las mujeres es mayor.

En tanto responsables casi absolutas de la supervivencia de los niños es lógico que sientan los problemas de salud como consecuencia de sus acciones u omisiones. Así puede reflejarse en los relatos donde explicitan un conjunto de tareas que emprendieron como parte del tratamiento para superar el diagnóstico de desnutrición, actividades en las que la pareja varón y padre biológico de los niños no estaba incluido.

Este rol incorporado por las mujeres resulta de un proceso histórico donde el Estado y la medicina han jugado un papel protagónico. Ya nos relataba Nari (2004) cómo el Estado Argentino incorporó la preocupación por la “degeneración de la raza” considerando la posibilidad de superar ese problema mediante la intervención estatal en la función desarrollada por las mujeres-madre. Ponían allí el acento exceptuando al varón y adoctrinando a las mujeres respecto de su exclusivo rol de crianza de los niños, y naturalizando una función que en realidad fue asignada por políticos y médicos.

Ante lo expuesto no deben sorprendernos las narraciones de las madres entrevistadas las cuales reproducen un patrón hegemónico, reforzada por los diseños de planes y programas, por la formación ideológica de los agentes de salud, por las instituciones educativas, por los credos religiosos dominantes, entre otros.

Esta responsabilidad sentida por las madres genera la construcción de explicaciones ante el diagnóstico. Atribuyen el origen del déficit nutricional a mudanzas, problemas de salud de otros miembros o viajes, ocultando detrás de estas definiciones la necesidad de sobreponerse al sentimiento de culpabilización que emerge ante el conocimiento del estado nutricional de su niño y más aun cuando este no se recupera con el tratamiento indicado. A su vez, este proceso oculta el verdadero origen social de la desnutrición, en un claro intento de individualización del problema que legitima la desigualdad social.

La consecuencia de esta culpabilización sentida es el aislamiento de la mujer reduciendo cada vez más su vinculación con parientes, amigos o vecinos.

V. 2- La construcción del paciente-niño

Hemos observado que en los registros médicos y de los otros profesionales de los equipos de salud rara vez se recogen las percepciones de los pacientes-niños que padecen desnutrición. El foco de atención tanto en la fase del diagnóstico como del tratamiento son los adultos, girando en torno de ellos las responsabilidades por las conductas de sus hijos.

Consideramos oportuno señalar que en la medida que su desarrollo evolutivo lo permita, los niños tienen derecho a ser escuchados y a participar de los tratamientos que se les indica, los que en todos los casos exige de su disposición y apoyo -o al menos tolerancia- ante los cambios indicados en sus dietas y hábitos.

Escuchar lo que el niño “trae”, lo que tiene para “decir” y observarlo a través de las diversas formas expresivas implica otorgar un papel protagónico a las manifestaciones de

ese niño para concebirlo como sujeto activo del diagnóstico y del tratamiento⁴⁴. Esto demanda comprender que los niños y niñas no son previos a la sociedad y que sus características no son sólo consecuencia de su biología. Implica oponerse a perspectivas que asumen que los procesos sociales (incluida la desigualdad) son consecuencia de las características biopsicológicas de los individuos.

Relegar el discurso infantil limita la utilización de una perspectiva de análisis que acerque la distancia entre la enfermedad diagnosticada por el biomédico y la enfermedad sentida por el niño y su entorno.

La bibliografía que refiere a las enfermedades que padecen los niños muy ocasionalmente se refieren a ellos como posibles agentes de cambio. De hecho, la referencia constante a los padres, y a la madre en particular, refuerza este patrón. El niño no existe como tal, salvo en su dimensión física, mostrando ceguera ante sus actitudes y emociones que también afectan la salud. Para el caso de la desnutrición infantil los biomédicos suelen preguntar a la madre en el espacio de la consulta acerca del tipo de alimentación que consume, pero sin embargo omiten establecer el mismo interrogante al niño, el cual puede manifestar su concepción acerca de alimentos ricos y feos, fuertes y débiles, de niños y de niñas, entre otras clasificaciones que podrían definir el consumo infantil. Estas elecciones que realizan los niños superan las barreras de la accesibilidad, pues siempre se trata de “optar” entre lo (aún escasamente) disponible. Generalmente los estudios refieren a los alimentos que consumen las unidades domésticas en el marco de lo accesible, pero no consideran las decisiones de los niños que, en el abanico limitado de alimentos definido por la pobreza, a su vez, prefieren algunos alimentos por sobre otros.

La descalificación del discurso del niño puede observarse en la falta de consideración por parte del biomédico de las narrativas infantiles referidas a los síntomas, a las probables causas de enfermedad y a las sensaciones ante el dolor (físico y emocional). En lo que refiere a la desnutrición infantil el diagnóstico se define en función de valores de peso y talla en relación con la edad establecidos por convención. La respuesta ante el déficit generalmente refiere al aumento de cantidad y calidad alimentaria sin abordarse

⁴⁴ Según establece la Convención Internacional de los Derechos del Niño, los niños pueden opinar, decidir, informarse y participar. El niño conceptualizará la noción de derecho en función del conjunto de experiencias en las que participa cotidianamente, es decir, por los tipos de prácticas que se le ofrecen en los ámbitos institucionales primarios: la familia y la escuela, como así también, la pertenencia de clase, las relaciones instauradas por la escuela, etc. La posición de los adultos en este proceso es relevante en la medida en que favorece, o no, la apropiación de los derechos por parte de los niños, lo que no impide al sujeto infantil emitir juicios e ideas propias acerca de estas normas y elaborar conclusiones a partir de las situaciones que lo tienen o no como protagonistas.

aspectos socioculturales presentes en la definición del diagnóstico, los cuales también deben ser considerados en el tratamiento. Las experiencias dolorosas de exclusión, vergüenza y otras derivaciones de la estigmatización, la autovaloración negativa y la pérdida de status deben ser tenidas en cuenta cuando se evalúa el estado nutricional de un niño.

Prevalece la visión de considerar a la desnutrición como una condición homogénea excluyendo el punto de vista histórico o procesual: las enfermedades son productos históricos en proceso permanente de construcción y cambio y por lo tanto de redefinición.

La permanencia y ambigüedad (desconocimiento) de los orígenes de la enfermedad y el deterioro que produce la misma requiere de la asignación de significados morales y culturales para entender el proceso de enfermedad. El grupo familiar, en la búsqueda de explicaciones, asigna responsabilidades al niño, el cual, acallado por los diversos actores (familia, médico) las incorpora profundizando su aislamiento y silencio, aumentando el sufrimiento. La falta de problematización por parte de los miembros de la unidad doméstica del porqué de la existencia de la desnutrición como también de las consecuencias, oculta el problema. Cuando la desnutrición infantil es entendida como una carga individual el contexto de tratamiento refuerza el aislamiento y alienación en lugar de ser algo participado, consensuado con los propios niños y las personas más próximas de su entorno.

Visto desde el paciente-niño, la desnutrición coadyuva a la pérdida de fortaleza yoica, en especial cuando ya *'me siento un enfermo'*, y eclipsa otros atributos o capacidades que el sujeto-niño podría desarrollar aún con la enfermedad.

El menosprecio por las vivencias del paciente-niño respecto de las manifestaciones y efectos de la enfermedad que pueden resultar desagradables, aumentan las condiciones estigmatizantes y obstaculizan superar el diagnóstico. El médico se distancia de la enfermedad vivida y sentida por quien la sufre.

V. 3- El significado de la práctica médica

Observamos que el diagnóstico y el tratamiento de desnutrición es inapelable evidenciando la natural supremacía que la práctica médica tiene para las madres entrevistadas.

Entenderemos a la práctica médica como una construcción ideológica cultural y no únicamente la adquisición de habilidades técnicas por parte de los profesionales del área salud. Así se conforma un escenario donde se encuentran la cultura médica, fuertemente

institucionalizada, y la de las madres y niños desnutridos. En ese encuentro la práctica médica no solo cumple la función de aliviar o curar la enfermedad sino también la de normalizar comportamientos expresados a través del proceso de medicalización, el cual no solo se extiende sobre la enfermedad sino también sobre la vida sana. Este proceso supera la situación coyuntural del diagnóstico de desnutrición que estamos estudiando, sin embargo, en esta última situación es posible advertir cómo se inserta en todos los aspectos de la vida cotidiana.

Comprendemos que las representaciones ideológico-culturales son parte de la construcción diagnóstica, del tratamiento, de los criterios de curación y prevención. Estos constituyen además de hechos técnicos, procesos de construcción social de saberes institucionales en relación con la enfermedad, los enfermos y las instituciones. Las prácticas de los equipos de salud tienden a excluir los procesos ideológicos y sociales de su propia práctica y sistema de representaciones. En consecuencia, conciben su acción como básicamente técnica y desde esta perspectiva los procesos ideológicos que operan son rechazados. Así se tiende a reconocer más la presencia de factores económicos-políticos y determinados factores institucionales que los socioculturales e ideológicos. Los profesionales reconocen la presencia de procesos ideológicos y socioculturales casi exclusivamente en los otros y se autoexcluye de la incidencia de esos factores, de tal manera que no puede autoincluirse como uno de los principales mecanismos ideológicos y sociales que intervienen en la construcción social y técnica de las prácticas y representaciones desarrolladas por los conjuntos sociales. Las instituciones médicas presentan en consecuencia una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, sino también sociocultural, ideológica e institucional en una dinámica que pone en juego racionalidades hegemónicas y subalternas presentes en la sociedad.

En este sentido, la medicalización de la desnutrición infantil supone el desarrollo de relaciones políticas e institucionales las cuales operan para ‘convertir’ el problema: de la causalidad social del problema alimentario a los recursos medicamentosos.

V. 4- La respuesta institucional excluyente

La intervención social del Estado se realiza bajo un fuerte proceso de parcialización y fragmentación de la cuestión social que se traduce en múltiples programas alimentarios. De ahí se deriva la categorización de problemáticas nutricionales particulares y de sujetos específicos abstraídos de sus aspectos histórico-sociales determinantes.

De esta manera, los programas alimentarios configuran una intervención estratégica que procura administrar expresiones específicas de la cuestión social incorporando en forma parcial y restringiendo demandas sociales.

Desde la crisis del 2001 asistimos al auge de políticas alimentarias de asistencia directa, focalizadas, de ejecución descentralizada y con participación de los beneficiarios en los programas. A partir de la declaración de la Emergencia Sanitaria Nacional en diciembre 2002 y la creación de Programas Alimentarios en 2003 este proceso de fragmentación de la cuestión social se profundizó, incluso creando en niveles ministeriales nacionales y provinciales áreas específicas de tratamiento de la cuestión alimentaria. Lo mismo se ha constatado en el ámbito local donde también se ha construido un espacio de política alimentaria en la Secretaria de Desarrollo Social.

Los programas alimentarios a comienzos del siglo XXI continúan sosteniendo acciones focalizadas dirigidas a la población en 'riesgo nutricional'. También se sostienen las apelaciones a una participación promovida desde las instituciones del Estado para paliar la problemática alimentaria cuando se proponen "proyectos productivos" para que los pobres se auto-abastezcan al margen de los mecanismos de mercado (huertas y granjas), y con micro emprendimientos que consolidan la informalidad con ingresos inferiores a los de la línea de pobreza.

Los programas asistenciales reparten cereales y leche para complementar la alimentación en la población pobre. Esta selección de productos desconoce que la desnutrición en Argentina es proteica y no calórica, lo cual coloca en el fracaso reiterado los programas de refuerzos de ingesta calórica (con harina, polenta y fideos). Quizás ello se deba a puras razones económicas ya que los productos secos son transportables, baratos y provistos por la gran industria, concentrada en el eje fluvial- industrial y principal proveedora del aparato estatal.

V. 5- El rol de la publicidad

A menudo, la comercialización trata de influir en las respuestas emocionales hacia los alimentos y logra alterar el valor de la recompensa percibida a partir de los mismos. La ligazón con la diversión y la felicidad tienen como finalidad crear clientes a través de asociaciones emocionales positivas con el producto. Los anuncios televisivos pueden influir sobre la elección alimentaria y la importancia radica en que la mayoría de los alimentos publicitados son de cuestionable valor nutricional.

Un ejemplo de ello radica en las estrategias de comercialización de los sucedáneos de la leche materna que han desalentado por décadas la práctica del amamantamiento. En un recorrido histórico de los últimos siglos es posible comprobar cómo (al menos en Occidente) el desarrollo de la era industrial con su necesitada mano de obra femenina, el nacimiento de la pediatría como disciplina fundamentalmente vinculada al control social, y el inicio de la producción comercial de alimentos infantiles guardan una estrecha relación en la que no faltaron las corporaciones médicas, rápidamente asociadas a un negocio que poco a poco fue vislumbrando en cada recién nacido a un cliente.

Las estrategias de comercialización de alimentos, pero fundamentalmente las de derivados lácteos, desalientan constantemente los intentos de educación alimentaria generada desde instancias estatales o no estatales. Las propuestas de educación alimentaria desvinculadas de la industria alimentaria han reproducido en los últimos años el mensaje de moderación y variedad en el consumo alimentario como fuente de salud y vitalidad. Sin embargo, es posible observar en los comerciales de alimentos que el producto a vender se presenta como todopoderoso, es decir, que podría él sólo proteger la salud de niños y adultos, desconsiderando la complementariedad e igualando el valor nutricional de todos los alimentos.

El reconocimiento del papel fundamental de la publicidad y los medios masivos de comunicación para instalar alimentos “de moda” permite hacer visible el problema superando una concepción limitada de estilo de vida, ya que no individualiza el problema sino que coloca el comportamiento alimentario individual en el marco de la estructura social, es decir, reconoce sus dimensiones materiales y simbólicas. Esto implica visualizar en las expresiones de las madres entrevistadas las manifestaciones de la globalidad de la cultura expresada en un estilo particular.

A propósito de este asunto, podemos observar la representatividad de un producto comercial como el “Danonino”⁴⁵ que, según las expresiones de las madres, tiene el poder absoluto para recuperar a su hija desnutrida:

“a mi otro hijo, que también tuvo bajo peso, yo le empecé a comprar todos los días Danonino y eso lo levantó, pero ella (también diagnóstico de bajo peso) no come ni la mitad del Danonino que le compro por eso no levanta”.

La Epidemiología ha utilizado este concepto de estilos de vida eliminándole la perspectiva holística, reduciéndolo a conducta de riesgo y limitando o no incluyendo la articulación entre condiciones materiales e ideológicas (Menéndez, 1988) limitando, en

⁴⁵ Yogurt adicionado con fuerte campaña publicitaria dirigida a los niños.

consecuencia, la eficacia de los tratamientos en el caso de la desnutrición infantil. En esta expresión no debe visualizarse una responsabilidad individual sino una narrativa que expresa las condiciones en las que las unidades domésticas produce y reproducen su vida.

CONSIDERACIONES FINALES

Nos propusimos con esta tesis encarar el problema de la malnutrición infantil desde una interpretación sociocultural que nos permitiera abordar la enfermedad como un proceso de construcción social, revalorizando aspectos sociales y culturales despreciados por diversas configuraciones teóricas, incluso aquellas predominantes. Asumir este posicionamiento implicó por un lado, asumir una concepción de enfermedad oponiéndonos a la perspectiva hegemónica; por otro, apropiarnos de una forma de hacer investigación científica, concibiendo al investigador como sujeto social y discutiendo la idea de neutralidad valorativa.

Hemos querido expresar a lo largo de este trabajo de investigación que la causalidad de la enfermedad no puede ser reducida a un problema individual de índole biológica y consecuentemente de disfunción o alteración orgánica. Por el contrario, la enfermedad posee además un significado y un sentido vinculado al contexto social y cultural de pertenencia del individuo y de su red de relaciones sociales (familia, creencias, valores, amistades, entorno laboral) en el cual también hay que situar y analizar no solo su causalidad sino también su tratamiento.

Entendemos entonces que la enfermedad es un lenguaje a través del cual se manifiestan un conjunto de mediaciones y relaciones (Caramés García, 2004), ‘síntomas’ de diversa índole, dentro de un contexto que articula su historia y carácter estructural.

Hemos observado que el modelo biomédico minimiza la importancia de la causalidad social y cultural en la génesis de la enfermedad, recurriendo para ello a estrategias ideológicas como la medicalización de variados aspectos de la vida cotidiana, como el embarazo, el nacimiento, la crianza, la alimentación, etc. Medicalizar el hambre supone, por tanto, individualizar el problema, legitimar una situación de desigualdad social existente e ignorar (concientemente) la causalidad estructural del problema. Si bien el modelo biomédico tiene un alcance explicativo importante, en el caso de la malnutrición infantil falla (y los resultados están a la vista) cuando excluye aspectos como la organización social y familiar, las relaciones sociales y la estructura social de desigualdad existente.

La incorporación de una perspectiva socio-cultural permite dejar atrás una visión monocultural e incorporar aspectos coherentes con la concepción de la enfermedad como construcción social. Esto implica pensar como ha señalado Breilh (2009) que la realidad se

halla en permanente movimiento, en términos de un proceso dialéctico y multidimensional, oponiéndonos a pensar que los fenómenos de la realidad se desarrollan aislados y solo se entrecruzan por vínculos externos, todo lo cual niega la posibilidad de transformación.

Hemos argumentado acerca de las limitaciones de los enfoques reduccionistas de entender la salud y la enfermedad. Así la reducción de los fenómenos sociales implica que las complejidades de la naturaleza y de la sociedad se descomponen en piezas y se estudian por separado, suprimiendo las conexiones e interrelaciones entre las esferas social y natural. Ello ha contribuido a ocultar en qué medida, quienes disponen mayoritariamente de los recursos tanto materiales como simbólicos, y quienes también ejercen dominio sobre las ideas y las vidas de las personas.

Encarar el problema de la enfermedad desde una perspectiva sociocultural implicó posicionarse bajo determinado paradigma y oponerse a otros. Acordamos con Breilh (2009) cuando considera a la ciencia como un proceso inserto en la vida colectiva y ligado a ella, un proceso cuyo dinamismo y determinaciones forman parte de cualquier explicación sustantiva de un cierto pensamiento científico. Los paradigmas científicos crecen y maduran en ambientes socio-culturales concretos, donde ciertas ideas son viables y visibles, mientras que otras no lo son según las condiciones históricas. Esto implica pensar que la producción científica no solo refiere a los hechos y relaciones de la comunidad de científicos y técnicos que la desarrollan, pues ningún discurso científico se explica por sí mismo, sino que se recrea en medio de las condiciones de posibilidad de lo que se puede pensar, conocer y decir en un momento histórico determinado.

Nos interesa expresar con lo expuesto que no existe una sola versión del discurso científico y que esa diversidad de prácticas y pensamientos están sometidos a condicionamientos de la totalidad y a determinaciones generales. Así podremos entender la existencia de paradigmas opuestos, articulados a confrontaciones históricas y en pugna por ocupar espacios sociales. También podremos comprender la construcción de paradigmas hegemónicos y contra hegemónicos al observar los intereses que los sostienen.

Si hemos argumentado a favor de una interpretación de la desnutrición infantil ligada a modos o estilos de vida en lugar de considerarla sólo un factor de riesgo, entonces ¿no habrá que profundizar en los cambios socio-culturales que también acontecen en los hogares pobres? Por momentos pareciera que la angustia posmoderna afecta solamente a las clases más acomodadas, mientras nuestros pobres son estructurales.

Por otro parte, mientras se descalifican las potencialidades del discurso del niño, y se observa la falta de consideración -tanto por parte del biomédico como de los miembros

de la familia- de las narrativas infantiles, se mantienen las experiencias de dolor (físico y emocional), de exclusión, vergüenza y otras derivaciones de la estigmatización, que impiden alcanzar un estado de salud integral del niño.

En fin, puede sucedernos lo que advierte Tiresias⁴⁶: un mejor conocimiento no siempre genera el poder necesario para impedir acontecimientos o provocar los cambios deseados. Delicado es cuando la reflexión intelectual es funcional en la medida que se vea limitada a justificar el estado de cosas. Más grave aún cuando la violencia es un signo de los tiempos. Como señala Ripa (1999: 107) contradictoriamente, a mayor conocimiento de las crueldades del mundo en que vivimos, mantenemos una actitud en la que *“parecería que a mayor consumo de emociones mediáticas, mayor indiferencia o mayor inmovilidad para con los problemas reales. De este modo ha crecido nuestra posibilidad catártica y ha retrocedido nuestra responsabilidad ética”*. Frívolamente consumimos el horror de los problemas sociales hecho espectáculo, y así lo volvemos éticamente irrelevante.

Paradójica la situación, pues a pesar que la desnutrición infantil ha sido incluida como materia de agenda, que se ha convertido por épocas en boom mediático, no obstante las dificultades de captación -aunque sea estadística- del problema y la imposibilidad de su seguimiento han puesto en evidencia la falta de preparación de las instituciones y los equipos de salud para ello.

Por su parte, la consolidación de áreas gubernamentales dedicadas a la política alimentaria es el resultado de la cuestionada política de mínimos sociales. La provisión de unos mínimos de subsistencia e inserción planteados como ‘últimas redes de protección’ denotan más bien una estrategia reactiva -desde la asistencia y compasión ciudadana- antes que promotora del cambio social (Krpmotic, 2006). Hasta no hace mucho, la asistencia alimentaria era considerada ‘de emergencia social’: ¡cuán frustrante resulta darse cuenta que la emergencia llegó ‘para quedarse’!

El panorama no es alentador en la medida que la tendencia de las políticas sociales se afirma en el marco de las llamadas ‘nuevas estrategias de lucha contra la pobreza’ definidas en las Ocho Metas de Desarrollo del Milenio establecidas en el año 2000⁴⁷. La

⁴⁶ Tiresias fue cegado en su juventud por haber visto desnuda a Palas Atenea, pero los dioses le retribuyeron con el don de la profecía. Aunque Tiresias no puede ver lo que sucede en el momento, tiene conocimiento de las cosas futuras. Sin embargo, carente de todo poder para provocarlas o impedir las, es un impotente espectador del futuro. *“Cosa funesta es el conocimiento cuando conocer no sirve de nada”*, dice Tiresias en Edipo Rey, de Sófocles (en Schutz, 1974: 225)

⁴⁷ Recordemos que las metas son las siguientes: erradicar la extrema pobreza y el hambre, alcanzar la educación primaria universal, promover la igualdad de género y ‘empoderar’ a las mujeres, reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, combatir el SIDA, la malaria y otras enfermedades, asegurar un desarrollo sustentable, y desarrollar asociaciones globales para el desarrollo.

erradicación del hambre y su ubicación como problema central de agenda nos retrotrae a los pauperes del siglo XV y XVI. Si bien es éticamente valioso, el problema del hambre tal como es publicitado, corre el riesgo de reducir el problema de la pobreza al hambre. Degrada a las personas y oculta sus complejas dimensiones, simplifica también la respuesta en la medida que nos ofrece una visión de los males actuales como si pudieran ser resueltos con una dieta proteica y leche en polvo. Evita toda asociación con la destrucción de los puestos y lugares de trabajo, es decir, con las causas globales de la pobreza local.

Entonces, más allá de los repertorios teóricos, cuando diseñamos programas alimentarios o participamos en los equipos de salud, ¿pensamos en favor de un bien social a proteger, o más bien en el daño o riesgo a evitar?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABED, L.** (1993). “El proceso de salud enfermedad. Alcances y limitaciones del modelo biológico: propuestas superadoras. Circulación y transferencia social de las funciones y su ejercicio” en Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, *Modulo I Salud y Sociedad, Posgrado en Salud Social y Comunitaria*, Buenos Aires.
- AGUIRRE, P.** (2002). “La lactancia materna en el tiempo largo de la especie”. *Revista EnRedDados*, Nro. 30.
- AGUIRRE, P.** (2003). “Correspondencia”. *Revista EnRedDados*, Nro. 32.
- AGUIRRE, P.** (2004). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis*. Buenos Aires: Ed. Capital Intelectual.
- AGUIRRE, P.** (2005). *Qué comen los argentinos que comen?* Buenos Aires: Ed. CIEPP-Miño y Dávila Editores.
- ALMEIDA FILHO, N. Y ROUQUAYROL, M.** (2008). *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- ALONSO, L.** (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.
- ALONZO, G., ALONZO, N., BASTIDE, V. Y SURIANO, C.** (2006). “Fundamentos Proyecto Formación de Promotores Comunitarios en el CAPS B° PALERMO”. Tandil: Mimeo.
- ALONZO, G., CARRICABURO, E. Y MALLARDI, M.** (2005). “Aproximación Diagnóstica a las Áreas Programáticas Centro de Salud B° Palermo y Centro de Salud B° Rodríguez Selveti”. Tandil: Mimeo.
- ALONZO, G., CARRICABURO, E. Y MALLARDI, M.** (2005). “Aproximación Diagnóstica ambiental a las Áreas Programáticas Centro de Salud B° Palermo y Centro de Salud B° Rodríguez Selveti”. Tandil: Mimeo.
- ALVES ORTIZ M. Y GARCÍA DE LIMA R.** (2007). “Experiencias de familiares con niños y adolescentes, posteriores al termino del tratamiento de cáncer: subsidios para el cuidado de enfermería”. *Revista Latinoamericana Enfermagem*.
- ALZUGARAY, L.** (2007). “Redes sociales y relaciones comunitarias en Barrio La Esperanza” en Eguía, A. y Ortale, S. (coord.) *Los significados de la pobreza*. Buenos Aires: Ed. Biblos.

- ARREDONDO, A.** (1992). “Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad”. *Cuadernos de Salud Pública Volumen 8 Nro.3*.
- BAKALAR K. Y S. RODRÍGUEZ CASTELLO.** (2001). “Enfoque y manejo inicial del niño con desnutrición”, en Rubinstein A., Terrasa S., Durante E., Rubinstein E. Y Carrete P. (Coord.) *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana.
- BARG, L.** (2000). *La intervención con familia. Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Bs. As.: Ed. Espacio.
- BOGGI, S.** (2007). *Espejos Astillados*. Olavaria: Ed. UNICEN.
- BOURDIEU, P.** (1990) *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- BOURDIEU, P.** (1991). *El sentido practico*. Madrid: Ed. Taurus.
- BOURDIEU, P.** (1994). *Razones practicas. Sobre la teoría de la acción*. Paris: Ed. Anagrama.
- BREILH, J.** (2009). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- CAFIERO, M.** (2007) “La escuela en la vida cotidiana de familias en contextos de pobreza” en Eguía, A. y Ortale, S. (Comp.) *Los significados de la pobreza*. Buenos Aires: Ed. Biblos.
- CANAVESE, G.** (2001). “Gobernar el cuerpo. La dietética para sanos en los siglos XVI y XVII” en M. E. González de Fauve (ed.), *Ciencia, poder e ideología. El saber y el hacer en la evolución de la medicina española (siglos XIV-XVIII)*. Bs. Aires: Instituto de Historia de España “Claudio Sánchez-Albornoz”, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- CARAMÉS GARCÍA, M.** (2004). “Proceso socializador de la salud. Caracterización y critica del modelo hegemónico vigente” en Fernández Juárez, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ecuador: Ed. AbyaYala.
- CIUFFOLINI M. Y JURE H.** (2006). “Estrategias de comprensión integral del proceso salud / enfermedad: aportes desde la perspectiva de vivienda saludable”. *Revista virtual del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba 3*.
- COMELLES J.** (1997). “De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual”. III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud. España.

- CONTRERAS HERNÁNDEZ, J. Y GRACIA ARNAIZ, M.** (2005). *Alimentación y Cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ed. Ariel.
- COUCEIRO, M.** (2007). “La alimentación como un tiempo de la nutrición, su disponibilidad y accesibilidad económica”. *Revista Cubana Salud Pública volumen 33 Nro.3*.
- CRIVOS, M.** (2007). “El estudio de la narrativa de casos: una propuesta para el abordaje etnográfico de las alternativas medicas” Idoyaga Molina A. (Ed.) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires: Ed. CAEA – IUNA.
- DEMO, P.** (1985). *Investigación Participante*. Buenos Aires: Ed. Kapeluz.
- DIEZ ROUX, A.** (2008). “Genes, individuos, sociedad y epidemiología” en Spinelli, H. (comp.) *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- DUPEY, A.** (2006). “La narrativa folklórica y su vinculación con la constitución, representación y negociación de identidades sociales”. Facultad de Filosofía y Letras UBA.
- EGUIA, A. Y SOTELO, L.** (2007). “Los programas sociales como recursos para la reproducción familiar” en Eguía, A. y Ortale, S. (coord.) *Los significados de la pobreza*. Buenos Aires: Ed. Biblos.
- ESTROFF, S.** (1993). Identity, disability and schizophrenia. The problem of chronicity en S. Lindenbaum and M. Lock (eds.), *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*. USA: University of California Press.
- FAJRELDIN CHUAQUI, V.** (2006). “Antropología Médica para una Epidemiología con Enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina”. *Revista Ciencia & Trabajo, año 8, Nro. 20*.
- GARROTE, N.** (2003). “Redes alimentarias y nutrición infantil. Una reflexión acerca de la construcción de poder de las mujeres a través de las redes sociales y la protección nutricional de niños pequeños”. *Cuadernos de Antropología Social Nro. 17. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Buenos Aires*.
- GARROTE, N.** (2000). “Algunas reflexiones acerca de la contribución de la Antropología a la problemática de la alimentación y la salud”. *Publicación Científica Investigación en Salud*.
- GONZALEZ I., HUESPE AUCHTER M., GALEANO H, AUCHTER M.** (2007). “Desnutrición en niños menores de 6 años”. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina de Corrientes N° 176*.

- GORLIER, J.** (2005). *Construcción social, identidad, narración. Nuevos Enfoques teóricos y el (re)hacer del genero*. La Plata: Ed. al Margen.
- GUBER, R.** (1994). *El salvaje metropolitano. A la vuelta de la antropología postmoderna. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Ed. Legasa.
- GUTIERREZ, A.** (1997). *Pierre Bourdieu, las practicas sociales*. Posadas: Universidad de Misiones – Universidad Nacional de Córdoba.
- HERZLICH Y PIERRET.** (1988). “De ayer a hoy: construcción social del enfermo”. *Cuadernos Médicos Sociales*.
- HINTZE, S.** (1989). *Estrategias alimentarias de sobrevivencia. Un estudio de caso en el Gran Buenos Aires. Tomo I y II*. Buenos Aires: Ed. Centro Editor de América Latina.
- IDOYAGA MOLINA, A.** (2007). “La selección y combinación de medicinas en San Juan” en Idoyaga Molina, A. (ed.) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires. Ed. CAEA-IUNA.
- JELIN, E., LLOVET, J. Y RAMOS, S.** (1982). “Un estilo de trabajo: la investigación microsocioal”. *CEDES*.
- JEREZ, O.** (1995). *Queremos un terreno propio. El conocimiento y la narrativa popular para reconstruir una historia barrial en Miradas urbanas. Visiones barriales. Diez estudios de antropología urbana sobre cuestiones barriales en regiones metropolitanas y ciudades intermedias*. Montevideo: Ed. Nordan Comunidad.
- KRMPOTIC, C.** (2006) “Espacios vacíos en la reflexión sobre políticas sociales”, en *Políticas Sociales y ciudadanía. Debates sobre una relación en tensión*, Garcés, L. y M. Lucero (comp.). San Juan: Editorial EFU
- KRMPOTIC, C.** (2008). “Medicalización de la vida cotidiana y políticas de salud” en Krmpotic, C. (Comp.), *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- LAURELL, A.** (1986). “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”. *Cuadernos Médicos Sociales Nro 36*.
- LOMNITZ, L.** (1989). *Como sobreviven los marginados*. México: Ed. Siglo XXI.
- LUCKMANN T.** (1996). *Teoría de la acción social*. Barcelona: Ed. Paidós.
- LUCKMANN, T.** (1983). Remarks on personal identity: inner, social and historical time en Jacobson-Widding, A. (ed.), *Identity: personal and sociocultural*. USA: Humanities Press.

- LUMI, S.; GOLBERT, L. Y TENTI FANFANI, E.** (1993). *La mano izquierda del Estado. La asistencia social según los beneficiarios*. Buenos Aires: Ed. Miño y Dávila / Ciepp.
- MADRID, L.** (2004). “Estrategias Familiares y Seguridad Alimentaria”. Tesis de Grado en Trabajo Social. FCH - UNICEN.
- MADRID, L.** (2008). “Construyendo la experiencia de enfermedad. El caso de la malnutrición en niños” en Krmpotic, C. (Comp.), *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- MAGLIO, F.** (2009). “Entre la evidencia y la narrativa” en Etcheverry, Buzzi, Agrest, Maglio, Ortiz, Chiozza, Kraus, Gherardi, Greca y Ceriani Cernadas, *¿Por qué ser médico hoy?. Puentes entre la formación y la práctica médica*. Buenos Aires: Ed. Libros del Zorzal.
- MARTÍN, L.** (1998). “La observación” en Mendicoa, G. (Comp.), *Manual teórico practico de investigación social*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- MENÉNDEZ, E** (s/f). “La crisis y el modelo médico hegemónico”. *Cuaderno Médicos Sociales Nro. 33*.
- MENÉNDEZ, E.** (2008). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en Spinelli, H. (Comp.), *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- MOSS, W.** (1991). “¿Qué es y de dónde proviene?” en Moss, Portelli, Fraser y otros, *La Historia oral*. Buenos Aires: Ed. Centro Editor de América Latina.
- NARI, M.** (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Ed. Biblos.
- ORTALE, S.** (1997). “Medicalización del consumo alimentario en familias pobres urbanas del gran La Plata”. V Congreso de Antropología Social. La Plata.
- ORTALE, S.** (2003). “Saber medico y desnutrición infantil en el Gran La Plata” en Barone y Shiavoni, *La Argentina de los 90: trabajo, salud y genero. Estudios en sectores medios y pobres*. Misiones: Ed. Universidad Nacional de Misiones / Secretaria de Cultura de Misiones.
- ORTALE, S.** (2007). “La comida de los hogares: estrategias e inseguridad alimentaria” en Eguía, A. y Ortale, S. (comp.) *Los significados de la pobreza*. Buenos Aires: Ed. Biblos.
- PALACIOS, L.** (1998). “La entrevista” Mendicoa, G. (Comp.) *Manual teórico practico de investigación social*. Buenos Aires: Ed. Espacio.

- PORTELLI, A.** (1991). "Lo que hace diferente a la historia oral" en Moss, Portelli, Fraser y otros, *La Historia oral*. Buenos Aires: Ed. Centro Editor de América Latina.
- PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS, PLAN FEDERAL DE SALUD - MS.** (2005). Modulo 1 y 2. Buenos Aires.
- RAMÍREZ, V.** (1996). "La asistencia alimentaria. Evaluación de la experiencia en Tandil del Programa Social de la Familia Bonaerense Eva Perón Componente emprendimientos de cuidado infantil (2 a 5 años)". Tesis de grado en Trabajo Social. FCH/UNICEN.
- RIPA, L.** (1999) "Tragedia y fraternidad", *Scripta Ethnologica*, Vol. XXI,
- ROJAS SORIANO, R.** (1985). *Investigación Social. Teoría y Praxis*. México: Ed. Plaza y Valdez.
- ROJAS SORIANO, R.** (1988). *Métodos para la investigación social. Una proposición dialéctica*. México: Ed. Plaza y Valdez.
- ROJAS SORIANO, R.** (s/f). *Guía para realizar investigaciones sociales*. México: Ed. Plaza y Valdez.
- ROSBACO, I.** (1999). *El desnutrido escolar. Dificultades de aprendizaje en los niños de contextos de pobreza urbana*. Santa Fe: Ed. HomoSapiens.
- ROTONDI, G.** (2000). *Pobreza y masculinidad. El urbano marginal*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- RUIZ OLABUENAGA, J.** (1996). *Metodología de la Investigación Social*. España: Universidad de Deusto Bilbao.
- SABINO, C.** (1986). *El proceso de investigación*. Buenos Aires, Ed. Lumen-Hvmanitas.
- SAIZAR, M.** (2008). "Acuerdos, desacuerdos y lejanías en la relación medico-paciente" en Krmpotic, C. (Comp.), *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- SCHWARZSTEIN, D.** (1991). "Introducción" en Moss, Portelli, Fraser y otros, *La Historia oral*. Buenos Aires: Ed. Centro Editor de América Latina.
- SCRIBANO, A.** (2000). "La investigación social en América Latina. Un análisis en base a la experiencia del Congreso de ALAS 1999". *Cinta de Moebio 9. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile*.
- SIERRA BRAVO, R.** (1997). *Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Ed. Thomson.
- SOLANS, A.** (2004). "Acceso de grupos domésticos del sur de la Ciudad de Buenos Aires a los servicios públicos de salud". *Revista Etnia Nro. 46-47*.

- SOUZA MINAYO, M.** (2002). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- SUÁREZ, D.** (2007). “Docentes, narrativas e indagación pedagógica del mundo escolar”. *E-Eccleston, Formación Docente. Año 3, Nro. 7. Ministerio de Educación, GCBA*.
- TAYLOR, S. Y BOGDAN, R.** (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- TERRERO, M.** (1997). “Capital Federal y Gran Buenos Aires” en Noceti, B.; Terrero, M.; Salinas, M. E.; Borba, L.; Naharro, N. y Gallo, G., *¿Por qué lo privado no se hace público? Investigación participativa con mujeres de sectores populares urbanos y rurales desde un enfoque de género*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- TORRADO, S.** (2003). *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000)*. Buenos Aires: Ed. de la Flor.
- VENTRIGLIA, I.** (2001). “Obesidad en el adulto” en Rubinstein A., Terrasa S., Durante E., Rubinstein E. Y Carrete P., *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana.
- VIGARELLO, G.** (1995). *Lo sano y lo malsano*. Montevideo: Trilce.
- WAINERMAN, C.** (2003). *Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones*. Buenos Aires: Ed. Fondo de Cultura Económica – UNICEF.
- WAINERMAN, C.** (2005). *La vida cotidiana en las nuevas familias. ¿Una revolución estancada?* Buenos Aires: E. Lumiere.