

Carrera de Doctorado en Medicina.

Aprobada por Resolución N° 031/08 – C.D. Facultad de Medicina, Resolución N° 326/15 – C.S. de la Universidad Nacional del Nordeste y Resolución N° 1871/11 (CONEAU)



**FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE**

- ✓ **TITULO:** Representaciones sociales sobre la desnutrición en jefas de hogar que tienen a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, en el Barrio Villa Don Andrés Resistencia, Chaco, Argentina

- ✓ **Nombre y apellido del cursante:** Carlos Eduardo Rubio
- ✓ **Formación de grado/especialidad profesional:** Médico. Diplomado en Salud Pública.
- ✓ **Director de tesis:** Dra. Lorena Dos Santos Antola

DEDICATORIA

A mi mamá Esmeralda...

En este mes de septiembre, mi mamá Esmeralda (Miru para su familia y Esme para nosotros), estaría cumpliendo 93 años. Ella me transmitió los valores de honestidad, solidaridad y responsabilidad. También el amor por la docencia y la planificación, cosas que seguí a lo largo de mi vida personal y profesional, etapa que hoy cierro con la presentación de esta mi tesis doctoral.

A mi familia bellamente ensamblada: Mis hijas y mis nietos: Mónica y sus hijos Catalina y Tomás. Andrea, mi tesoro del medio y mi inspiración cinematográfica. Laura y sus hijos Pedro y Tomás. Las del corazón: Andrea y sus hijos, Patricio e Isabella, y a Magali: "Nuestra compañera de mil aventuras"

A mis yernos, a Nydia, mis cuñados, sobrinos, y a todos quienes me ayudaron a no bajar los brazos en los momentos complicados.

Y, en especial, a Analía, mi esposa y compañera que fue puntal para este feliz ensamble junto con Tete, mamá de mis tres hijas que hicieron posible que todos disfrutemos este bello momento.

"...

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a mi directora de Tesis, la Dra. Lorena Dos Santos Antola quien tuvo la paciencia de una docente ejemplar en mi incursión por los aspectos cualitativos de las investigaciones y, además, me honra con su amistad.

Al actual rector de la UNNE, profesor Gerardo Omar Larroza, que puso a disposición de los/as cursantes del doctorado todas las posibilidades para que lo realizáramos, de la mejor manera posible, apostando a la mejor gestión de nuestra Facultad.

Al actual decano, profesor Mario Germán Pagno por continuar con esta política de gestión de calidad educativa.

A los directivos/as y equipos de trabajo del doctorado en Medicina y los/as profesore/as dictantes.

A todos los/as integrantes de la asignatura Salud Pública: Julio, Diana, Stella, Marta, Carlos, Silvia, José, Rafael, Marcos, Julieta y Cecilia. A todos los/as ayudantes alumnos que tuve durante estos últimos años, los represento en: Eduardo, Noelia, Luz y Milagros que están conmigo en la última cohorte de alumnos de la que seré docente porque me jubilo.

A todo el personal docente y no docente de la Facultad de Medicina, que siempre estuvieron dispuestos a solucionar todas las dificultades que tuve, no solo con el cursado del doctorado, sino en mi trayectoria docente desde 1977.

A las seis jefas de hogar de Villa Don Andrés, que me brindaron muchas partes de sus historias de vida para que pudiera realizar mi sueño de la tesis. Las entrevistas fueron siempre cordiales, profundas y espero que los resultados muestren esta simbiosis.

A la directora médica Silvia Longhi, Fabio, Dominga y a todo el personal del Centro de Salud “Dr. Juan Carlos Barberis” de Villa Don Andrés, que me recibieron, me brindaron calidez y cordialidad para poder realizar todas mis tareas de campo para lograr la concreción de esta tesis.

A las autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco, por permitir la realización de trabajos de investigación en las áreas programáticas de su responsabilidad que permiten mejorar la calidad de las prestaciones que se brindan en ellos.

A Magali, mi hija del corazón, que me acompañó en el trabajo de campo y Andrea Viviana por las correcciones del español al inglés.

A Guido Cortiglia que me asistió en las correcciones finales.

A mis amigos y amigas de toda la vida...

INDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	3

CAPITULO 1.

Planteo y Formulación del problema.....	6
---	---

CAPITULO 2

Antecedentes del tema

2.1. Justificación	10
2.2. Marco Teórico	11
2.2.1. La salud como proceso Socio Histórico.....	11
2.2.2. Determinantes sociales del Proceso salud enfermedad.....	13
2.2.3. Determinantes sociales de la alimentación.....	16
2.2.4. Estrategias domésticas de consumo... ..	17
2.2.5. La malnutrición como problema de salud y la seguridad alimentaria.....	18
2.2.6. Representaciones sociales.....	20
2.3. Estado del Arte	22

CAPITULO 3

3.1. Propósito	28
3.2. Objetivos	28
3.2.1. General.....	28
3.2.2. Específicos.....	29
3.2.3. Supuesto General.....	29

CAPITULO 4

Material y Método

4.1. Diseño de Estudio.....	29
4.2. Población.....	29
4.3. Unidad de Análisis.....	29
4.4. Tipo de Muestra.....	29

4.5. Criterios de Inclusión.....	30
4.6. Criterios de Exclusión.....	30
4.7. Técnicas e instrumentos de obtención de información empírica.....	30
4.8. Ejes de indagación.....	30
4.9. Sistema de matrices de datos.....	30
4.10. Análisis de la información empírica.....	33

CAPITULO 5

Discusión de resultados.....	37
5.1. Familia de origen.....	37
5.1.1. Migrantes rurales.....	37
5.1.2. Familia Numerosa.....	39
5.1.3. Todos terminaron solo la primaria.....	40
5.1.4. Configuración de la familia.....	41
5.1.5. Tipo y característica de la vivienda.....	43
5.1.6. Trabajo precario y planes sociales.....	45
5.1.7. Accesibilidad y disponibilidad de los alimentos.....	48
5.1.8. Configuración de roles en la familia.....	50
5.2. Creencias sobre la desnutrición de las jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición.....	51
5.2.1. Las madres no perciben que el bajo peso al nacer del RN como indicador de desnutrición.....	51
5.2.2. Los niños desnutridos son chiquitos, flaquitos y quietitos.....	52
5.2.3. Petisos, gorditos pero desnutridos.....	53
5.2.4. El guiso es más saludable.....	53
5.2.5. Sentimientos ante el diagnóstico.....	54
5.3. Que conocen sobre desnutrición las jefas de hogar.....	56
5.3.1. Aprendizajes en la preparación de alimentos.....	56
5.3.2. Ingredientes del guiso.....	58

5.3.3. Proporciones de nutrientes del guiso.....	59
5.3.4. La comida chatarra es mala.....	60
5.3.5. Causas y consecuencias de la desnutrición.....	62
5.4. Modos de actuación sobre la desnutrición de las jefas de hogar.....	63
5.4.1. Estrategias de reproducción social del grupo familiar.....	64
5.4.2. Estrategias familiares de vida.....	65
a) redes familiares.....	66
b) las redes sociales no existen.....	67
5.4.3. Respuesta del sistema formal e informal de salud.....	67
Principales aportes y sugerencias de la tesis.....	73
CONCLUSIONES.....	74
CAPITULO 6	
Bibliografía.....	74
ANEXO I.....	84
ANEXO II.....	85

RESUMEN

Introducción: Desde la perspectiva de la salud social y comunitaria, la desnutrición no es producto solamente de una ingesta inadecuada o insuficiente de alimentos, está asociada a un conjunto de procesos interrelacionados con las desigualdades en el acceso a la salud, la educación, los servicios básicos, la inequidad de género, el lugar de residencia, etc. Por lo tanto, el comportamiento alimentario, en tanto hecho social, implica el necesario abordaje de los aspectos psicosociales, económicos y culturales que lo determinan. **Objetivo general:** Conocer las representaciones sociales sobre la desnutrición en jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, en el Barrio Villa Don Andrés Resistencia, Chaco, Argentina. **Metodología:** Diseño del estudio: cualitativo, a partir de la teoría fundamentada (Grounded theory). La población estuvo compuesta por mujeres jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, en el Barrio Villa Don Andrés Resistencia, Chaco, Argentina. Las unidades de análisis fueron cada una de las mujeres jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo algún niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica. **Tipo de Muestra:** se realizó un muestreo intencional hasta lograr la saturación teórica, transformándose en muestreo teórico. Los criterios de inclusión fueron: mujeres jefas de hogar que vivan dentro del área programática del Centro de Salud de Villa Don Andrés, identificadas como tutoras de niños/as menores de cinco años a cargo y que padezcan o hayan padecido desnutrición crónica, mujeres jefas de hogar que aceptaron participar del estudio. Criterio de exclusión: Mujeres jefas de hogar que tengan hijos/as mayores de cinco años, aunque tengan algún grado desnutrición. Técnicas e instrumentos de obtención de la información empírica: En el trabajo de terreno efectuado para la confección del diseño, se utilizó la técnica de la entrevista semiestructura en profundidad. Las entrevistas fueron registradas en un registro a tres columnas. Técnica de análisis: Se realizó un análisis en espiral (salida al campo, desgrabación y registro de las entrevistas, análisis de las mismas, vuelta a salir al campo y repetición del ciclo ya descrito), también se utilizó el Método Comparativo Constante, de Glasser y Strauss. El control de la subjetividad se llevó a cabo por vigilancia epistemológica del proceso. **Resultados:** Las familias de origen de las jefas de hogar estuvieron constituidas, en todos los casos, por familias migrantes rurales que se instalaron en barrios periféricos de Resistencia, pertenecientes a familias numerosas que sólo terminaron la educación primaria. La familia del niño/a desnutrido/a estuvo configurada, en su mayoría, por una familiar nuclear completa con base en una relación conyugal convivencial compuesta por varios descendientes. Viven en viviendas alquiladas o no son propietarios legales del inmueble. El ingreso familiar está dado fundamentalmente por planes sociales estatales. Respecto a las creencias, considera que los niños/as desnutridos/as son chiquitos, flaquitos y quietos; pero si son petisitos y gorditos también están desnutridos. El diagnóstico de desnutrición de sus hijos/as les causó sentimientos de tristeza y culpa. La comida más saludable es el guiso. Respecto al conocimiento sobre la desnutrición, consideran que las verduras son necesarias porque aportan vitaminas y

minerales. La mayoría de las entrevistadas conocen las proporciones correctas de nutrientes que debe tener el guiso para ser nutritivo y que la comida chatarra no es adecuada para una buena nutrición del niño/a. Respecto a las causas, refieren que se debe a que no comen lo suficiente, o porque le dieron el pecho estando nerviosas, las consecuencias son: fallas en las defensas, quedan retrasados o no crecen bien. La mayoría aprendió sobre la desnutrición en medios de comunicación y redes sociales. En relación a las estrategias que generan para permitir su subsistencia, se observa una insularización y las planificaciones familiares de vida están dadas fundamentalmente por las redes familiares que actúan de sostén económico. Se destaca la ausencia de redes comunitarias.

SUMMARY

Introduction: From the perspective of social and community health, malnutrition is not only the product of inadequate or insufficient food intake, it is associated with a set of interrelated processes with inequalities in access to health, education, basic services, gender inequality, place of residence, etc. Therefore, eating behavior as a social fact implies the necessary approach to the psychosocial, economic and cultural aspects that determine it. **General objective:** To know the social representations about malnutrition in heads of households who have or had in their care a child under five years old with a diagnosis of chronic malnutrition, in the Villa Don Andrés Resistencia neighborhood, Chaco, Argentina. **Methodology:** Study design: qualitative, based on Grounded theory. The population was made up of female heads of household who have or had in their care a child under five years old with a diagnosis of chronic malnutrition, in the Villa Don Andrés Resistencia neighborhood, Chaco, Argentina. The units of analysis were each of the women heads of household who have or had in their care a child under five years of age diagnosed with chronic malnutrition. **Type of Sample:** an intentional sampling was carried out until theoretical saturation was achieved, transforming it into theoretical sampling. The inclusion criteria were: female heads of household who live within the program area of the Villa Don Andrés Health Center, identified as guardians of children under five in their care and who suffer or have suffered from chronic malnutrition, female heads of household who they agreed to participate in the study. **Exclusion criteria:** Female heads of household who have children over five years of age, even if they have some degree of malnutrition. **Techniques and instruments for obtaining empirical information:** In the field work carried out to prepare the design, the in-depth semi-structured interview technique was used. The interviews were recorded in a three-column register. **Analysis technique:** A spiral analysis was carried out (exit to the field, transcription and recording of the interviews, analysis of the same, return to the field, and repetition of the cycle already described) and Glasser's Constant Comparative Method was used. and Strauss. The control of subjectivity was carried out by epistemological surveillance of the process. **Results:** The families of origin of the female heads of household were constituted in all cases by rural migrant families, who settled in peripheral neighborhoods of Resistencia, belonging to large families who only finished primary education. The family of the malnourished child was mostly made up of a complete nuclear family based on a coexistence conjugal relationship composed of several descendants. They live in rented housing or are not legal owners of the property. The family income is given fundamentally by state social plans. Regarding beliefs, they believe that malnourished children are small, skinny and quiet; but if they are petite and chubby they are also malnourished. Their children's malnutrition diagnosis caused them feelings of sadness and guilt. The healthiest food is stew. Regarding knowledge about malnutrition, they consider that vegetables are necessary because they provide vitamins and minerals. Most of the interviewees know the correct proportions of nutrients that the stew must have to be nutritious, and that junk food is not suitable for good nutrition of the child. Regarding the causes, they say that it is

because they do not eat enough, or because they breastfed them while they were nervous, the consequences are: failures in the defenses, they are delayed, they do not grow well. Most learned about malnutrition from the media and social networks. In relation to strategies generated to allow their subsistence, an insularization is observed and family life strategies are fundamentally given by family networks that act as economic support. The absence of community networks stands out.

CAPITULO 1

A) CONTENIDO O CUERPO DEL TRABAJO

- **Planteo del problema**

Como estudiante de Medicina en la Universidad Nacional de Córdoba (1970-1977), la desnutrición ya fue un tema que captó mi interés, aunque en esa época la consideraba una causa de las infecciones, diarreas y mayor número de internaciones en el Hospital de Niños. Llamó mi atención, la gran cantidad de reinternaciones de los/as pacientes, con cuadros cada vez más severos y complicaciones con riesgo de vida; la teoría del personal de salud, respecto a estos cuadros, es que la causa de las reinternaciones habría que buscarlas en las condiciones socioeconómicas de los/as pacientes y en el contexto político, era frecuente oír algunas de las siguientes explicaciones: *“estabilizados vuelven a sus ranchos, a la mugre y la ignorancia de sus padres, se cierra el círculo negativo”*, o *“hacemos lo que podemos, pero hay cosas que dependen del gobierno”*. Por otro lado, en 1977, inicié mi trabajo de médico general en El Sauzalito, localidad situada en el Impenetrable Chaqueño, a 600 km de la capital; un pueblo con caminos de tierra y problemas de accesibilidad a los servicios de luz y agua potable. Era el único médico en un radio de 120 km, enfrentando el problema de la pobreza, la desnutrición y la muerte de niños/as, en un contexto de interculturalidad, con población indígena maticos (hoy denominados Wichi), con criollos migrantes de Salta y trabajadores/as de instituciones públicas (escuela, hospital, vialidad), oriundos de otras localidades y provincias.

El 50% del personal de salud estaba conformado por auxiliares de enfermería, pertenecientes a la comunidad Wichi del Programa de Salud Rural, con los que pude aprender códigos y ritos de su comunidad iniciando así mi cambio de paradigma respecto a la medicina, proceso que, por cierto, ya se había iniciado en mis primeros años en la Facultad de Medicina.

Traté de mejorar la educación sanitaria con charlas sobre higiene en preparación de alimentos, en especial de la leche, pero las condiciones materiales de las familias eran muy precarias y desfavorables para revertir la enfermedad y la muerte solo desde el sector salud. También, la provisión de leche del Plan Materno resultaba claramente insuficiente.

Pasarían varios años para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propusiera, a los países miembros, la lactancia materna como estrategia de control de las muertes infantiles, y la educación a las madres en forma conjunta con las medidas higiénicas (Atalat, Bustos, Ruz, & Hurtado, 1980). Fue un tiempo laboralmente difícil, de trabajo en terreno sin posibilidad de capacitación y acceso a los avances en el campo de la medicina.

Contemporáneamente a mi regreso al Chaco en 1983, al Centro de Salud de Colonia Benítez, en el contexto internacional ya se hablaba de Atención Primaria de la Salud (APS) (PHAO, 1978). Intentamos, entonces, implementar los/as postulados de participación y valorar el bienestar de las familias. En el censo del año 80, aparece la pobreza como dato concreto y, en 1983, durante la Presidencia de Alfonsín, se implementa el Plan Alimentario Nacional (PAN) (Britos, O'Donnell, Ugalde, & Clacheo, 2002), utilizando para asignar las cajas alimentarias los datos de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Aparece allí, mi duda sobre la distribución intrafamiliar de los alimentos, todas venían de los mismos estratos de NBI, pero algunas tenían niños/as menores con desnutrición y otras no, no mejorando la situación, a pesar de recibir la ayuda alimentaria. Ya que desde la antropología de la alimentación (Harris, 1975), se demostró que, madres que reciben extras y aportes nutricionales de programas nutricionales destinados a niños/as con graves problemas de nutrición, no distribuyen los alimentos con criterios de riesgo nutricional, sino que lo hace en forma igualitaria entre todos sus hijos/as.

Comencé a pensar en investigar acerca de cómo se distribuyen los alimentos en las familias que tienen algún miembro desnutrido y su relación con la situación de pobreza y, con mi inscripción para el doctorado en Medicina en la Facultad de Medicina, se da la posibilidad de hacer la investigación que siempre me apasionó. Con mi ingreso a la docencia universitaria en la Facultad de Medicina de la UNNE, en la discusión del Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Belmartino, 1998), comienzo a adherir al modelo socio histórico y a la valoración de los métodos cualitativos, como lo más explicativos de los fenómenos de la desnutrición.

En nuestro país, el primer estudio nacional sobre la distribución geográfica de la desnutrición, se realizó recién en la década del 60 (Cetrangolo, 1966). Posteriormente, otro estudio (Escudero, 1972) observó que, a pesar de que el promedio de calorías por habitantes era óptimo, la desnutrición era significativa en menores de cinco años de la Argentina, con un mayor impacto en las provincias de Nordeste Argentino (NEA) y del Noroeste (NOA); la inequidad del reparto fue la causa determinante de la desnutrición y, además, demostró que existía un elevado subregistro de la desnutrición, lo que haría más grave la cifra real de muerte por desnutrición. Según el Ministerio de Salud de la Nación, durante los años 90, se produjo un incremento del número de niños/as con bajo peso al nacer; con respecto a la tasa de mortalidad infantil hubo un leve descenso a expensas de la tasa de mortalidad neonatal y se incrementó la muerte pos neonatal, además, hubo un estancamiento de la mortalidad en menores de 5 años. Fue llamativo el aumento de muertes por deficiencias de la desnutrición, pasó del 6° al 3° lugar como causas de fallecimiento en el período analizado y el incremento de muertes por neumonía en menores por desnutrición en menores de 5 años (Lomuto, 1998).

El problema se fue profundizando con el paso de los años, es así que, en el año 2019, el 15,5% de los menores de 18 años sufrieron inseguridad alimentaria severa, unos 2 millones de niños/as sufrieron hambre por falta de recursos, 4,5 millones de niños/as y adolescentes viven en hogares en los cuales, por problemas económicos, se redujo la cantidad de alimentos consumidos. La inseguridad alimentaria severa es aquella sufrida por quienes, en un período de 12 meses, tuvieron situaciones en las que no pudieron satisfacer sus requerimientos de alimentos, afecta al 7% (1 de cada 14) de los hogares, lo que equivale a 3 millones de personas. El 16,7% de niños/as de 5 a 12 años (era de 15,1% en el año 2018) y de 9,5% en el grupo de niños/as de 0 a 4 años que la padecen. Si se mira en conjunto a la población de 0 a 17 años, el indicador es de 15,5%, mientras que en el año 2018 había sido de 14% (Banco de alimentos, 2019).

En el primer semestre del año 2021, el Instituto de Estadísticas y Censos (INDEC) (2022) de nuestro país informó que el 47,38 % de los niños/as entre 0 y 5 años son pobres, de los cuales 12,5% son indigentes. En el Gran Resistencia, el 43,3 % de los hogares son pobres y el 14 % de los hogares se encuentran en condición de indigencia y tienen sus necesidades básicas insatisfechas que, de acuerdo a la misma entidad el concepto “... *está basado en el establecimiento de umbrales mínimos de bienestar, según niveles universalmente aceptados, los cuales deben ser alcanzados a partir de la cobertura de un cúmulo de necesidades materiales básicas*”.

En el mismo año, se aprecia un leve aumento de la inseguridad alimentaria severa en el Área Metropolitana de Buenos Aires y de mayor intensidad en los aglomerados más pequeños del Interior del país (Salvia, 2021). Este incremento fue intenso en la población de niños/as, en comparación con lo ocurrido en los hogares, puede interpretarse como resultado de un empeoramiento más fuerte, en términos relativos, en los hogares más numerosos o que tienen una mayor presencia de menores de edad. En las ciudades pequeñas del interior del país en comparación con los grandes aglomerados del interior, la inseguridad alimentaria total se incrementó fuertemente entre los niños/as y adolescentes de 0 a 17 años (33,8%). Estos resultados nos demuestran que existe un proceso de deterioro en la situación socio alimentaria que afecta, con mayor intensidad, a los sectores más vulnerables de la población y en especial a los niños/as.

Dentro de la salud, un componente básico de la vida es la alimentación y la nutrición, pero desde los orígenes de la especie humana hubo tensión entre los extremos de quiénes comen en abundancia y quiénes padecen hambre o tienen miedo de padecerla.

Las diversas formas de malnutrición no se generan solamente por la ingesta inadecuada o insuficiente de alimentos, sino que también involucran un conjunto de procesos interrelacionados con las desigualdades en el acceso a la salud, la educación, el saneamiento, los servicios básicos,

la equidad de género, el lugar de residencia, la religión, la procedencia étnica y la conservación de los recursos naturales (FAO, OPS, WFP y UNICEF, 2018).

Es por eso que, en las investigaciones sobre la desnutrición, se considera imprescindible el abordaje de los aspectos sociales, económicos y ecológicos, siendo, por lo tanto, el comportamiento alimentario en un hecho social que determina directamente la forma de alimentarse (Deleón, 2021).

La desnutrición en menores de 5 años es un problema desde la visión de la salud pública como campo disciplinar, porque tiene una elevada cantidad de casos que se expresan por las cifras de mortalidad y morbilidad, tal como lo señala la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011), mediante indicadores como la Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años o en la niñez, la que es definida como la probabilidad de morir entre el nacimiento y antes de cumplir los 5 años. Según estos datos, hay un descenso de estas cifras desde 1970, en donde la tasa era del 115 x mil nacidos vivos (1 de cada 9 niños moría antes de cumplir los 5 años), en 1990, por un gran esfuerzo de distintos países, lograron reducir la cifra a 50 x 1000 nacidos vivos (1 cada 20) y, en el 2011, las cifras volvieron a disminuir al 50%, siendo el 28 x 1000 nacidos vivos.

En América Latina, Cuba es el país de menor mortalidad de menores de 5 años (8 x 1000) y Haití el de mayor (72 x 1000). Argentina se mantuvo en el rango medio de indicadores de mortalidad infantil.

La brecha dada por la escolaridad de las madres en Argentina marcaba en el 2010 que, en madres con 0 a 2 años de escolaridad, la mortalidad de niños/as menores de 5 años era de 1 cada 32 mientras que, si la escolaridad era de 8 años o más, la cifra era 1 cada 43 niños/as.

Si se combina escolaridad con situación laboral de la madre jefa de hogar, las condiciones de la vivienda, etnia y mortalidad de los niños/as, se conforma una gradación de factores de riesgo, cuya presencia aumenta exponencialmente la cantidad de muertes infantiles.

En Argentina, el mayor riesgo se ubica en las zonas rurales más que en las urbanas y, las más desfavorables, son las Regiones NEA y NOA, estas cifras no son homogéneas en todo el territorio y el riesgo aumenta en las poblaciones rurales.

La CEPAL (2018) consigna que la malnutrición es un problema que no sólo causa muerte, sino que complica la calidad vida de los/as que sobreviven al problema de la desnutrición hace una década, también se agregaron el sobrepeso y la obesidad.

De acuerdo al Programa Mundial de Alimentos (2019), entidad que está constituida por los estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la

Agricultura (FAO), analizó un informe conjunto del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial que fue realizado para establecer un monitoreo sobre las Metas del Desarrollo Sustentable 2030, estas estimaciones indicaron que, en 2017, había 151 millones de niño/as con retraso del crecimiento y 51 millones con emaciación, mientras que 38 millones tenían sobrepeso.

Cuando se correlacionan con el lugar de residencia y de escolaridad de la madre (CEPAL, UNICEF, 2011), resultando que es más alta en las zonas rurales que en las urbanas, en tanto, en los últimos años, las zonas periurbanas mantienen cifras altas.

En Argentina, Aguirre (2004) analizó la accesibilidad alimentaria y, dentro de esta, la capacidad de compra y observó que, en el último cuarto de siglo, los precios han subido sistemáticamente, con lo que Argentina pasó de ser un país con alimentos baratos a un país con alimentos caros, similares a Europa o Estados Unidos. Al mismo tiempo, los ingresos cayeron y pasó de ser un país de ingresos medios a uno de ingresos bajos, con un aumento importante en la brecha entre los deciles más altos y los más bajos de ingresos. Analizando la distribución dentro del hogar, entre el 20 al 30% de los hogares pobres tenían ingresos propios, los varones destinan un 22% a sus gastos propios, casi igual a la comida, mientras que las mujeres destinan la mayor parte de su ingreso para el mantenimiento del hogar y los hijos/as: alimentación 43%, salud 8 %.

Teniendo en cuenta que el crecimiento y el desarrollo de los niños/as se encuentra intrínsecamente relacionados con el estilo del cuidado infantil, cabe puntualizar que en la comunidad eje de este estudio, el estilo del cuidado infantil no es adecuado por numerosos condicionantes presentes, los cuales se reflejan en el hecho de que, para la mayoría de los niños de este espacio poblacional, la falta de acceso a la comida no constituye la única causa de desnutrición (Labadié, 2010).

Contextualización y dimensión geográfica de Villa San Andrés.

Villa Don Andrés es un barrio ubicado al sudoeste de la ciudad de Resistencia, a unos 4 kilómetros de la plaza central, en los años 70, se construyó la avenida “soberanía nacional” que conectaba el sur de Resistencia con las ciudades de Barranqueras y Puerto Vilelas y, en forma conjunta, se puso en marcha un gran canal derivador de aguas pluviales al río Paraná, tomando estas dos obras como límites del crecimiento poblacional de la ciudad de Resistencia.

Con los procesos migratorios posteriores en los años 80 y 90, las familias provenientes del interior se asentaron en terrenos que estaban por fuera de estos límites, una de esas zonas fue Villa Don Andrés. En los años 90, se construyó la primera escuela primaria y por decisión de los vecinos que donaron un terreno se construyó el Centro de Salud, siendo su primer director el

Profesor Juan Carlos Barberis, adjunto de la Asignatura de Medicina Sanitaria de la Facultad de Medicina de la UNNE.

En este año 2022, el gobierno provincial realizó varias ampliaciones de este servicio y designó con el nombre del Profesor Barberis (fallecido en el año 2018) al centro de salud de Villa Don Andrés.

A pesar de todas las mejoras, el barrio sigue teniendo barreras de accesibilidad geográfica, ya que no cuenta con calles asfaltadas, pero si sus principales avenidas están enripiadas lo que facilita el acceso del transporte público en temporadas de lluvias.

Villa Don Andrés está a unas 30 cuadras del centro de Resistencia, cuenta con almacenes de distribución de tamaño mediano y pequeño, además cuenta con quioscos, más carnicerías y verdulerías que proveen el 100% de los alimentos de consumo cotidiano. Pero, por los montos que ellas tienen de ingresos mensuales en su familia, solo pueden comprar en el Barrio productos de segundas marcas, porque no pueden ir a los mayoristas o hipermercados de Resistencia.

- **Formulación del problema**

Por lo expresado anteriormente y considerando la evidencia científica disponible, el presente trabajo plantea la necesidad de dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre la desnutrición en jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, en el Barrio Villa Don Andrés Resistencia, Chaco, Argentina?

CAPITULO 2

ANTECEDENTES DEL TEMA

2.1. Justificación

En la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Noreste (UNNE) se desarrollaron investigaciones cuantitativas sobre desnutrición infantil en Centros de Salud y Hospitales Rurales, en las que se evaluaron el estado nutricional de niños/as menores de 5 años y su relación con las variables sociales, escolaridad de las madres (Borghi, Pereira Scromeda, & Torres, Octubre 2010), (Cristaldo, 2004) (Alvarez, 2004), pero no existen investigaciones que aborden esta problemática desde la perspectiva de las mujeres que están involucradas en este problema.

Por ello, esta investigación intentará aportar una visión cualitativa a este fenómeno, desde la perspectiva de los beneficiarios, para poder plantear hipótesis a nuevas investigaciones que guíen a intervenciones participativas tendientes mejorar la salud de esta población vulnerable.

La perspectiva de las representaciones sociales nos permite conocer cómo viven, qué piensan y sienten las mujeres jefas de hogar sobre la nutrición de sus hijos/as menores de 5 años, como así también datos sobre los cambios en la alimentación de las familias, en sus procesos migratorios y en distintas etapas del ciclo vital de las mismas.

¿Qué problemáticas resuelve esta investigación? Actualmente, desde los modelos cuantitativos biologicista, se conocen datos sobre las consecuencias de la desnutrición, los mismos están expresados en cifras de enfermos/as y muertos/as por esta, como causa secundaria, pero nada se sabe sobre las atribuciones de significado que le otorgan las involucradas en este fenómeno.

Abordar una investigación acerca de la RS sobre la desnutrición que tienen las jefas de hogar con niños/as menores de 5 años con desnutrición en la provincia del Chaco, permitirá reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual, las personas construyen y son construidas por la realidad social.

Los resultados de la tesis podrían ser útiles para que el equipo de salud visualice la necesidad de brindar consejos nutricionales acordes a las necesidades individuales y a la capacidad de comprensión de los/as tutores/as, los equipos de salud parten de su propia percepción del fenómeno y no de la de los beneficiarios, provocando la falta de comunicación e incumplimiento de las normas; por desconocimiento de que saben o piensan las actoras sociales que están involucradas en el problema. Es así que, las herramientas cualitativas que deriven de esta investigación, podrían ser utilizadas por el personal del Centro de Salud para mejorar el abordaje de este fenómeno, la educación, la comunicación y la interacción con la comunidad del área programática, mejorando la calidad asistencial en beneficio de los niños/as que asisten al mismo.

2.2. Marco Teórico

2.2.1. La salud como proceso sociohistórico

Las conceptualizaciones de salud son variadas y dependen de los paradigmas de salud al cual pertenecen. Kuhn (1982), definió a un paradigma como “...una construcción simbólica del conocimiento”, “... un conjunto de elementos ordenados de una disciplina o ciencia “, donde no sólo incluyó los elementos cuantitativos, si no también lo cualitativo, como ser los sentimientos y percepciones de los que adhieren a ese paradigma. Dentro de estos Paradigmas, se encuentran varias

conceptualizaciones sobre la salud/enfermedad que determinan también distintas formas de intervención.

A pesar de estar sujeto a permanentes críticas, el que aún mantiene su predominio es el Modelo Médico Hegemónico (Laurell, 1982) (Menéndez, 1982).

En la evolución de las conceptualizaciones aparecen autores que identifican a la salud como un equilibrio Dubos (1975), quien interpreta a la salud con un criterio ecológico, la vida es el producto de un equilibrio entre dos ecosistemas, el interno con el externo, tanto ambiental como social.

Jaramillo Antillón (2010), afirma que el ser humano viene alterando el ambiente debido a las denominadas revoluciones industriales, las que trajeron contaminaciones del aire, suelo, agua, con cambios profundos en el planeta, como el calentamiento global, que han producido un cambio climático intenso con alteraciones de lluvias, sequías y con graves situaciones de emergencia mundial. En salud, esto significó la reaparición de enfermedades infectocontagiosas que se pensaban controladas, lo que aumentó la demanda sobre los sistemas sanitarios.

Por su parte, Iván Ilich (1982), planteó que la “Yatrogenia estructural afecta todas las relaciones sociales” donde la “colonización médica” impregna todas las relaciones comunitarias, incluidas las concepciones de salud y enfermedad, fenómeno que el autor denomina “medicalización de la vida”.

Herrero Jaén (2016), sostiene que la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien la definió como un completo estado de bienestar físico, mental y social no sólo la ausencia de enfermedad, ha sido criticada desde distintas corrientes teóricas por ser utópica e inaplicable en la realidad, sobre todo, por el concepto de “completo estado”, pero acepta la incorporación del término bienestar, que deviene del campo antropológico, porque cada persona o grupo social determina que es estar sano o enfermo.

Dentro de todos estos modelos explicativos de los procesos de salud- enfermedad, el desarrollo de este trabajo de tesis está relacionado al Modelo Socio Histórico por ser este el que permite explorar, con mayor amplitud, el problema de las representaciones sociales sobre la desnutrición.

En este sentido Breilh (2013), señala que el Modelo Socio Histórico visualiza a la salud como producto de las determinaciones sociales y como herramienta transformadora hacia una salud colectiva. La determinación social de la salud es una de las categorías centrales de la epidemiología crítica que toma, de la visión dialéctica del pensamiento científico, su naturaleza social y transformadora, en oposición a la vertiente normalizadora propuesta por el Modelo Médico Hegemónico (Laurell, 1981), (Menéndez, 1982).

En el modelo socio-histórico, el objeto de estudio se mueve en un orden social determinado, se puede estudiar sus distintos tipos de relaciones, se puede observar y estudiar el origen y la reproducción de

los fenómenos salud/enfermedad en los distintos entornos sociales, en distintos momentos históricos y en los diversos estratos sociales.

Desde esta perspectiva, la salud se concibe entonces como un proceso complejo, socialmente determinado y, esta determinación social, se mueve dialécticamente entre los fenómenos salud/enfermedad en la dimensión individual y también en relación con los procesos sociales (problemas de salud de orden colectivo). No se trata de un proceso de adaptación pasiva o de equilibrio, sino que es un cambio permanente de orden dialéctico.

En este modelo, los involucrados en las investigaciones son sujetos y no meros objetos (como los considera el Modelo Médico Hegemónico), tienen en cuenta la identidad del sujeto dentro de la sociedad, sus relaciones con la naturaleza, los individuos de su propio grupo social y con el resto del contexto próximo. Es un modelo que piensa y avanza en tratar la transformación integral de las sociedades para mejorar la calidad de vida de todas las personas, familias y comunidades de una forma equitativa.

El modelo Socio-Histórico posee una visión totalmente diferente, la pertenencia a determinados niveles socioeconómicos establecerán los límites y las condiciones dentro de las cuales el proceso salud/enfermedad adquiere características diferenciales, tanto en términos de morbilidad como de los saberes referidos a la misma. Se considera entonces que los procesos de salud/enfermedad no sólo son emergentes de las condiciones de vida, sino también objeto de construcción de los conjuntos sociales. Todo conjunto social necesita producir y reproducir representaciones y prácticas respecto de los padecimientos, dolores, angustias y malestares que lo afectan (Labadié, 2010).

2.2.2. Los determinantes sociales del proceso salud- enfermedad

En la década del 70, los sistemas sanitarios atravesaban una grave crisis de eficiencia y efectividad en poder controlar o curar los nuevos problemas de salud de la mayoría de los habitantes de los países, en especial las de los más pobres. Con la aparición de los antibióticos y su fabricación a escala industrial, se produjo un fuerte descenso en las causas de muerte por enfermedades infectocontagiosas, pero comenzaron a prevalecer las crónicas y degenerativas, donde ya no había una sola causa, sino varios factores asociados a determinadas variables y se comenzó a hablar de factores de riesgo.

En este sentido, Lalonde (1974) sostuvo que la salud de una comunidad estaría influida por cuatro grandes factores y propuso un esquema en el que incluyó como productores de salud, no solamente a la biología humana, sino también al medioambiente, los estilos de vida, las conductas de salud y los sistemas de atención sanitaria. Sostuvo que el equilibrio de estos factores determina una mejor salud para las poblaciones humanas y propuso examinar los distintos determinantes de la salud en un

contexto mucho más amplio que el esquema reduccionista y a histórico que tenían los equipos de salud en ese momento, en su trabajo cotidiano.

En esta propuesta teórica de Lalonde, los problemas de los estilos de vida, en los que la alimentación y el medio ambiente son elementos centrales, constituyen los determinantes sociales que impactan sobre el proceso de salud/enfermedad. En este paradigma multicausal, la malnutrición es un factor de riesgo muy importante en la causalidad de las enfermedades cardiovasculares, diabetes y cánceres que son las principales causas de muerte y sufrimiento en todos los países del mundo.

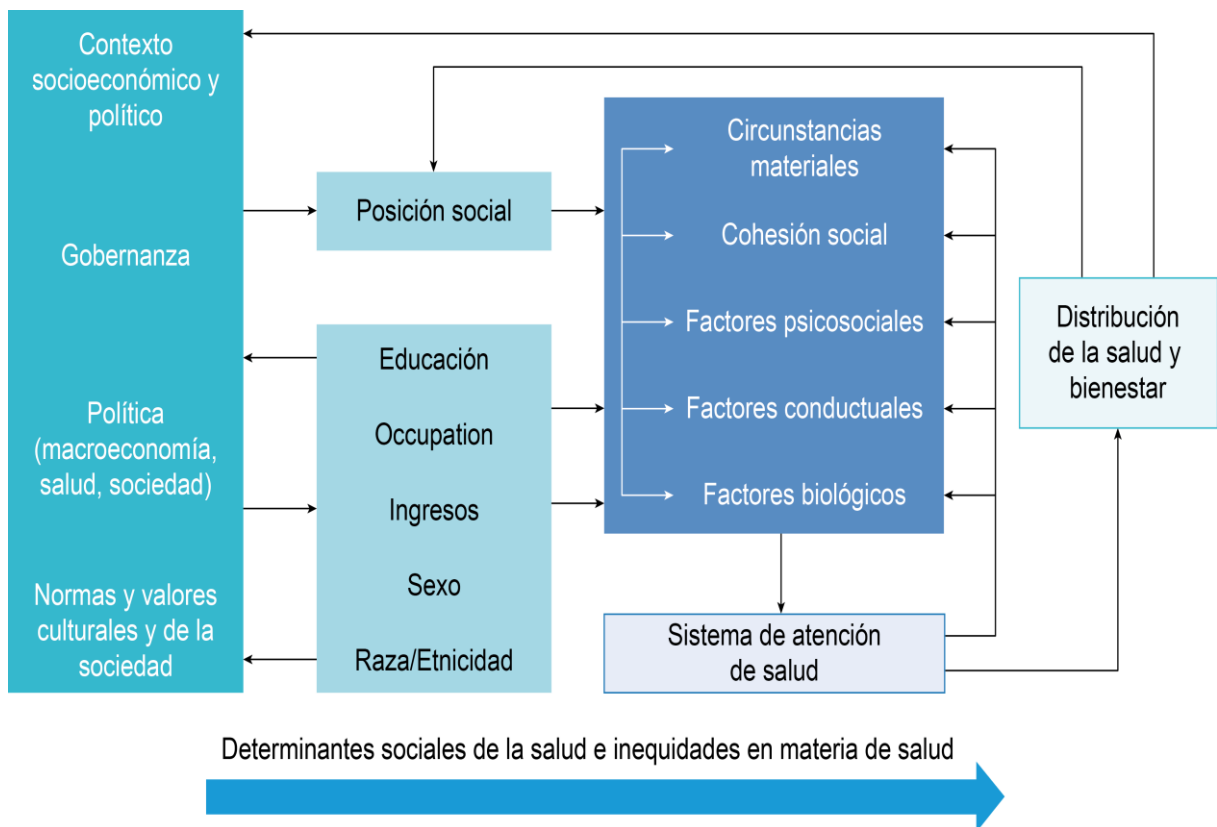
De acuerdo con la definición de la OMS (OPS, 2017), los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, también la definición incluye al sistema de salud. Esas circunstancias son el producto de cómo se distribuye el dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local; factores que, a la vez, dependen de las políticas adoptadas por los estados/nación y pueden explicar la mayor parte de las inequidades sanitarias, es decir, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación alimentaria.

López Arellano, Escudero, & Dary Carmona (2008), desde la perspectiva de la corriente del pensamiento médico social, sostienen que los determinantes sociales de la salud/enfermedad tienen una dimensión psicológica (subjetiva), que se refiere a las formas en cómo se viven estos procesos desde la intersubjetividad colectiva y que el capitalismo, en cualquiera de sus formas, altera aceleradamente la calidad de vida de las poblaciones pobres y excluidas.

Los determinantes sociales constituyen el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia sobre la salud de una persona. Una perspectiva teórica que plantea la salud como un proceso determinado socialmente constituye manera eficaz de abordar las inequidades en materia de salud, dado que promueve medidas relacionadas con una serie de factores que influyen en los resultados individuales y colectivos en materia de salud, muchos de los cuales exceden ampliamente las incumbencias o el alcance del sector sanitario, tal como puede observarse en la Figura 1.

Figura 1

El marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Extraído de OPS, 2017. Determinantes sociales de la Salud.

2.2.3. Los determinantes sociales de la alimentación

Una mirada antropológica, sobre la alimentación actual, considera a ésta no solamente un hecho biológico, sino por, sobre todo, un hecho social. Nuestra conducta alimentaria está conformada socialmente, porque efectivamente nuestros hábitos alimentarios se revisten de muchos significados sociales, al estar influida por la conservación de costumbres familiares, comunitarias, el sistema educativo, las relaciones sociales entre amigos, la publicidad en los medios de comunicación social, fiestas, celebraciones populares y las diferentes religiones.

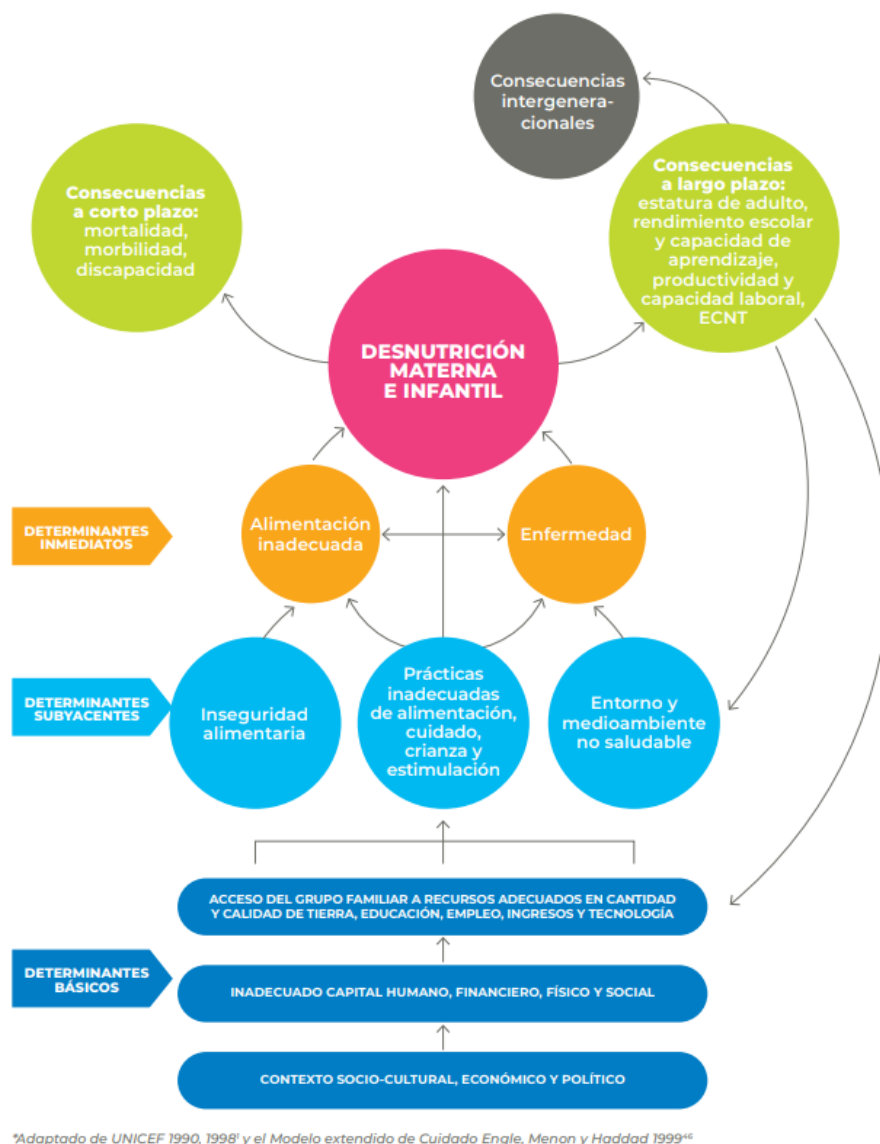
Los determinantes principales de la alimentación se encuentran en los condicionamientos socioeconómicos, en las posibilidades de acceso a los alimentos que, a su vez, están determinadas por la zona geográfica, económica y de recursos variados a los que tenga acceso la población. Se trata de un fenómeno complejo, en el que los cambios socioeconómicos, de cualquier tipo a lo largo de la evolución sociocultural de una comunidad, influyen en los cambios de sus hábitos alimentarios.

Jiménez Benítez y Col. (2010) consideran que los determinantes sociales de la alimentación en Latinoamérica son los siguientes:

- Educación: La educación mejora la salud y las condiciones de vida de las familias, porque les permite comprender mejor el entorno complejo donde viven y relacionarse adecuadamente con las instituciones públicas y privadas. La relación entre analfabetismo, desnutrición y mortalidad infantil está demostrada en diversos estudios (FAO, 2019), (Atalat, Bustos, Ruz et al, 1980), (Bolzán & Mercer, 2009). A pesar de que, el acceso a la escolaridad primaria ha mejorado sustantivamente, todavía se mantiene la brecha entre las mujeres y los varones.
- Cultura: Los componentes alimentarios son transmitidos en cada cultura mediante distintos mecanismos, de una generación a otra, principalmente por las mujeres que son diversos en cada grupo social o etnias (Aguirre, 2004).
- Empleo: En América Latina, el empleo formal significa no solo mejores ingresos, sino también acceso a los sistemas de protección social vigentes en los países. (Isuani, 1999), (Golbberg, Tenti Fanfani, & Lumi, 1992). Los grupos más vulnerables son los rurales y pueblos originarios, ya que no tienen acceso a empleo por vivir lejos de las fuentes de trabajo y por problemas de lenguaje.
- Género: Las mujeres son las productoras de más del 50% de los alimentos a nivel mundial y son las responsables de la alimentación de los/as niños/as y adultos/as a su cuidado, pero esto es subvalorado y, muchas veces, negado. Para la FAO (2019), los hogares encabezados por mujeres se ubican en los estratos más pobres de las sociedades y sus ingresos son significativamente menores que los que tienen a un varón como jefe de hogar. Los diferentes roles entre varones y mujeres hacen que la mujer tenga una sobrecarga de actividades a nivel del hogar, que también puede ser una causal dentro de la desnutrición de alguno de sus hijos/as menores de cinco años.
- Diferencia étnica: Los perfiles de morbimortalidad muestran marcadas diferencia entre las poblaciones indígenas y las criollas. Estas diferencias están dadas por variadas razones, desde los prejuicios, hasta la falta de inserción en los mercados laborales formales. En lo alimentario, sus pautas culturales se fueron trastocando con el paso del tiempo y los cambios en los modelos productivos de las regiones o países. La forma en las que se estructura las comidas, clasifica, combina, elabora y consume, la forma en cómo se accede a ellas y se distribuye entre los estratos sociales o los integrantes de un mismo grupo, son algunos de los aspectos de relevancia antropológica.

Entonces, desde una perspectiva sociohistórica, las causas de la malnutrición son complejas, multidimensionales e interrelacionadas entre sí, por lo tanto, para este paradigma la desnutrición es un fenómeno multicausal, en el que existen interrelaciones entre múltiples variables, tales como la pobreza, la inseguridad alimentaria y otros determinantes de desnutrición materno-infantil, los que a su vez, se asocian a consecuencias a corto y largo plazo, sobre la salud del niño. Esta compleja interacción entre factores, se ilustra en la figura siguiente (UNICEF, 2020).

Figura 2 Marco conceptual de las relaciones entre pobreza, inseguridad alimentaria, otros determinantes de la desnutrición materno-infantil y sus consecuencias a largo plazo.



Fuente: Extraído de UNICEF (2020). Manual para el manejo comunitario de la desnutrición aguda.

2.2.4. Estrategias domésticas de consumo.

El consumo alimentario nos permite inferir las condiciones de vida de determinado grupo familiar, como así también, aspectos referidos a ideas subyacentes (representaciones) y aspectos relacionados con acciones de los sujetos (prácticas) en torno a la alimentación familiar, ya que, por su centralidad en términos de reproducción biológica, “promueve el funcionamiento de diversos mecanismos y el uso de recursos de distintas fuentes para su satisfacción” (Ortale, 2007, p. 171). Estas conductas, orientadas a la obtención de satisfactores de la alimentación, son las prácticas que las personas realizan en la cotidianeidad para mantener o mejorar la alimentación y las razones que tienen para

justificarlas, se definen como estrategias domésticas de consumo. Intentan explicar los mecanismos que se despliegan y que dependen de las alternativas que, el contexto social, ofrece en relación con el lugar que se ocupe dentro de la estructura social, estrechamente relacionado con la ocupación el nivel educativo, el salario, el acceso al consumo (Ortale, 2007). Constituyen un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que permiten llevar a cabo la alimentación en un determinado grupo social, en otras palabras

“(...) consideramos a las estrategias domésticas de consumo como las prácticas y representaciones acerca de la comida, realizadas por los agregados familiares, reiteradas a lo largo de su ciclo de vida, tendientes a obtener respecto de la alimentación toda una gama de satisfactores para cumplir con sus fines productivos y reproductivos. Las elecciones tendrán lugar dentro de un rango limitado de alternativas disponibles, fuertemente condicionadas por las restricciones paramétricas que les son propias por su inserción social. (...) Entre las ventajas que tiene utilizar este concepto está que permite subsumir comportamientos de índole muy diversa (nutricionales, motivacionales, demográficos, económicos, etc.) en un enunciado común.” (Aguirre citado en Díaz Córdova, 2007).

Estas estrategias son aprendidas, pero también imitadas y transmitidas, se pueden adaptar, reiterar o modificar para responder a determinadas circunstancias. Aguirre (2011), las clasifica en cuatro grupos: el primero es la diversificación de las fuentes de ingreso, como recurrir a los trabajos informales, la asistencia social provista por el Estado, las redes de ayuda mutua y la autoproducción. El segundo grupo de estrategias es la diversificación de las fuentes de abastecimiento, recurriendo tanto al circuito formal como al circuito informal. El tercero es el manejo de la composición familiar y el cuarto es la autoexploración, presente en dos modalidades: trabajar más y comer menos o distinto.

Las consecuencias de las estrategias domésticas de consumo son formas diferentes de malnutrición, así mientras que en los hogares de mayores ingresos predominan las patologías por exceso en los hogares pobre suman las patologías por carencias o las patologías por exceso las que se manifiestan como desnutrición crónica combinada con obesidad.

2.2.5. La malnutrición como problema de salud y la seguridad alimentaria

La OMS (2021) define como malnutrición a la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), los desequilibrios de vitaminas y minerales, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.

La palabra desnutrición significa nutrición deficiente, por falta o exceso de nutrientes y contenido calórico de la dieta (Brown, 2008), según la OMS existen cuatro tipos de desnutrición:

- a) **Emaciación:** insuficiencia del peso en relación a la talla, implica una pérdida de peso aguda y grave que indica que la persona no ha comido lo suficiente o que padece enfermedades infecciosas agudas (diarreas);
- b) **Retraso del crecimiento:** representa un retraso en la talla con respecto a la edad. Es consecuencia de una desnutrición crónica o agudas recurrentes, asociada a condiciones socio económicas deficientes;
- c) **Insuficiencia ponderal:** es el retraso del peso con respecto a la edad, estos niños pueden tener retraso del crecimiento o emaciación;
- d) **Carencias de vitaminas y micro nutrientes** el organismo necesita de estas sustancias para la elaboración de enzimas, hormonas y otras sustancias esenciales para el crecimiento, dentro de estos se destacan el yodo y el hierro.

La desnutrición impacta negativamente sobre el desarrollo de los niños/as y los efectos adversos del pobre desarrollo, en la primera infancia tienen, a su vez, efectos negativos a largo plazo en la salud, productividad y el bienestar general cuando los niños/as llegan a la vida adulta.

En este sentido, la Organización para la Agricultura y Alimentación (FAO, 2002) incorporó, a principios del milenio, el concepto de **seguridad alimentaria** y su falta a los fenómenos de la malnutrición, constituyó un hito muy importante porque viró de un modelo médico hegemónico a un modelo socio-histórico.

La FAO define la seguridad alimentaria como *“el acceso físico y económico, de todas las personas y en todo momento, a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, en cuanto a una dieta que posibilite llevar una vida activa y sana, teniendo en cuenta también las características culturales y culinarias de las distintas regiones del mundo”*. Plantea, como un aspecto central, el acceso a los alimentos y propone que sea un derecho humano básico, instando a los Estados a realizar el máximo de los esfuerzos por lograrlo. Además, sostiene que: *“Unas políticas comerciales apropiadas promueven los objetivos del crecimiento sostenible y la seguridad alimentaria”* (FAO, 2002). En otras palabras, es el derecho de todas las personas a tener una alimentación cultural y nutricionalmente adecuada y suficiente.

Aguirre (2004), desde una perspectiva antropológica, plantea que la seguridad alimentaria posee dos niveles de análisis: uno macro donde incluye las políticas, nacionales, provinciales y municipales; y

uno micro que es la seguridad alimentaria de los hogares, aspectos estos que serán identificados y analizados en el presente trabajo

La seguridad alimentaria tiene cinco dimensiones consideradas básicas:

- Suficiencia: Alimentos en cantidad suficiente para abastecer a toda la población.
- Estabilidad: Los cambios estacionales no dificultan la provisión de alimento.
- Autonomía: Entendiéndose como tal, al hecho que un país no depende del suministro externo de alimentos.
- Sustentabilidad: Porque el tipo de explotación de los recursos posibilita su reproducción en el futuro.
- Equidad: Se refiere a que toda la población y, en especial, los pobres tengan acceso a una alimentación socialmente aceptable, variada y suficiente para desarrollar su vida.

2.2.6. Las Representaciones Sociales.

Moscovici (Jodelet, 2008) definió a la representación social como un corpus organizado de conocimientos, cuya función es la elaboración de comportamientos y comunicaciones entre los individuos gracias a los cuales los hombres se integran en una relación cotidiana de intercambios con los demás. Se trata de condiciones sociocognitivas propias del “sentido común” que se definen como conjunto de informaciones, creencias, opiniones, actitudes e informaciones sobre un objeto determinado.

Constituye un sistema de valores, ideas y prácticas que permiten establecer un orden social y facilitar la comunicación y la transformación de lo no familiar en familiar, siendo ésta una condición necesaria para que podamos construir nuestro mundo social; una forma de conocimiento socialmente elaborado, compartido y orientado a las prácticas, que contribuye a la construcción de una realidad común de un determinado conjunto social (Jodelet, 2008).

Las representaciones sociales están estructuradas internamente y en un contexto social determinado, sirven como marco de percepción e identificación de la realidad y valen como guías de los comportamientos y prácticas de los actores sociales. En otras palabras, es lo que las personas ven, piensan y sienten de la realidad desde su punto de vista (grupo social al cual pertenecen) y, en función de ello, actúan esto permite definir identidades y especificidades de grupos o subgrupos y los sitúan en el ámbito social determinado que les asigna un lugar en él y, también, sirve de gratificación en el ser reconocido como parte del mismo, esto hace que se acepten las normas y valores históricamente construidos. Constituyen, para el sujeto, un instrumento útil que le permite interpretar la realidad y actuar sobre ella. Es un proceso en el que los eventos y objetos de la realidad que se presentan

inicialmente como extraños y carentes de significad, se incorporan en su realidad social e individual, y permite, por tanto, transformar lo extraño en familiar, es decir, vuelve inteligible lo que no es familiar.

Ortale (2002) señala que el concepto de representaciones sociales alude a los conocimientos adquiridos y compartidos socialmente en base a las experiencias, de informaciones y conocimientos, trasmitidos por la cultura, la escuela y los medios de comunicación. Se pueden considerar identidades colectivas o grupales sin considerarlos como entidades independientes de los miembros que la componen, son los grupos y colectividades, que no pueden considerarse como un solo agrupamiento de individuos, pero tampoco como algo autárquico de quienes la conforman, son más bien entidades relacionales entre los miembros que la componen, estas relaciones están dadas por las representaciones sociales que les dan identidad. Existe una transición entre la historia de vida de la persona (como se ve) y como el sujeto es visto por los otros (representaciones sociales), esto es la diferencia entre “como me veo” y “como me ven”, puede llevar a negar ciertos rasgos de la personalidad que el grupo social al que quiero pertenecer consideran negativo, por lo tanto, muchas veces, esta historia de vida es un relato socio-histórico que trata de adecuarse a las normas del contexto grupal.

La representación social tiene dos dimensiones particulares: producto y acción. Constituyen un producto en la medida en que los actores asociales le asignan un contenido y la organizan en discursos sobre la realidad. Constituye una acción, un movimiento de apropiación de la realidad a través de un proceso psíquico en un contexto de producción colectiva, fenómeno que se estructura por medio de la transmisión de comunicaciones compartidas.

Lo que el sujeto conoce, lo comunica a terceros a través del intercambio de informaciones que pueden ser mediadas por imágenes, modelos y actitudes, o simplemente creencias dentro de otras formas de expresión social que son aceptadas por un determinado grupo, que, aunque no se conozcan, comparten cierto tipo de conocimiento colectivo.

A su vez, determinan el campo de las comunicaciones posibles, de los valores o de las ideas presentes en las visiones compartidas por los grupos y, regulan en lo sucesivo, las conductas deseables o admitidas dentro de ese grupo.

Se trata de una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, una forma de conocimiento del sentido común. Moscovici (citado por León, 2002: 369) define a las representaciones sociales como:

“...sistemas cognitivos con una lógica y lenguaje propios (...) No representan simples opiniones, imágenes o actitudes en relación a algún objeto, sino teorías y áreas de conocimiento para el descubrimiento y la organización de la realidad

(...) Sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función; primero, establecer un orden que le permita a los individuos orientarse en un mundo material y social y dominarlo; y segundo permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad al proveerlos con un código para el intercambio social y para nombrar y clasificar sin ambigüedades aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”.

El sujeto interpreta la realidad, pero esta interpretación está mediada por los valores morales, culturales, religiosos, las necesidades que tenga el sujeto, así como los roles sociales, y otros aspectos socioculturales. Pero la interpretación de esta realidad que lo rodea, no se copia como un espejo, sino se transforma y se construye. Por tanto, toda representación está siempre asociada al lenguaje y a las prácticas sociales de determinado grupo social. Este es un aspecto clave de la representación, porque no está sólo en la subjetividad sino también en contexto sociohistórico en el que se encuentra el sujeto. Por lo tanto, la información, las ideas que circulan en las comunicaciones interpersonales y mediante los medios de comunicación van moldeando y conformando nuestros modos de pensar y actuar.

En resumen, las representaciones sociales constituyen un modelo de construcción de los conocimientos, son formas de conocimiento social que se organizan en estructuras abiertas permeables al mundo exterior. En tanto conocimiento práctico, “se nutren de conocimientos previos, de creencias, de tradiciones, de contextos ideológicos, políticos o religiosos, que permiten a los sujetos de actuar sobre el mundo y el otro, asegurando, al mismo tiempo, su función y su eficacia sociales” (Valencia, 2007).

2.3. Estado del Arte

A continuación, cito estudios sobre la desnutrición realizados en América Latina, desde la perspectiva metodológica cualitativa.

Rivera Vázquez (2019) realizó un estudio sobre la desnutrición crónica en Ecuador, específicamente en el departamento Chimbonazo, donde este problema de salud tiene una elevada prevalencia. Las cifras en este país son superiores frente al resto de los países de la región y, en este departamento en particular, los/as niños/as presentan un 43% de prevalencia de malnutrición, entre desnutrición y obesidad. Utilizó un diseño cualitativo, trabajando con observación directa, grupos focales y entrevistas en profundidad. Los principales resultados del trabajo demostraron que, a pesar de ser una zona apta para la agricultura, la zona de los valles ha perdido parte de su potencial debido a malas prácticas productivas, el 46% de la población tiene NBI, esta cifra mejoró con respecto al pasado, pero sigue siendo muy elevada. La población es predominantemente mestiza e indígena, con grandes desigualdades en el acceso a todo tipo de servicios, por estos problemas se han producido

migraciones rurales/urbanas. La provisión de agua potable solo alcanza al 60% de las familias que viven en los centros urbanos y con un porcentaje mucho menor (40%) para la eliminación de residuos sólidos. En relación al acceso a los servicios de salud, solo el 85% de los partos son atendidos por equipos de salud capacitados, pero el acceso al primer nivel de atención es muy dispar, solo en algunos lugares cuentan con agentes sanitarios capacitados. También observaron que hay una elevada proporción de lactancia materna por mucho más tiempo que lo sea considerada adecuado por los organismos nacionales e internacionales. Con respecto a la alimentación de los niños/as mayores, hay una fuerte presencia de hidratos de carbono y muy poca proporción de proteínas, frutas y verduras. Considera que la presencia del Estado que perjudica la alimentación, porque muchas veces los suplementos nutricionales, en forma de cajas alimentarias, contienen productos desconocidos por las poblaciones que terminan siendo desechados. En los centros de cuidado por los problemas de accesibilidad geográfica, se utilizan elementos tipo sopas o guisos per elaborados que tienen una elevada cantidad de sal y conservantes, lo que complejiza la sostenibilidad en el tiempo de ese tipo de alimentación. Concluyen que el diagnóstico es sumamente grave, que la malnutrición en Chimbonazo obedece a la pobreza, la desigualdad social, la ausencia del Estado con políticas activas, y que, estos factores, agravaron los cambios en los estilos de vida de estas poblaciones y que, para poder dar respuestas sostenibles, se hace necesario coordinar esfuerzos multilaterales para poder impactar en forma positiva sobre la malnutrición en Chimbonazo.

En otro estudio antropológico, (Leavy, Szulc, & Anzelin, 2018) compararon dos poblaciones indígenas. Una en Salta, Argentina y otra en Guaina, Colombia; utilizando metodologías cualitativas compararon la aplicación de dos programas alimentarios. En ambos casos, las poblaciones estaban en situaciones de inseguridad alimentaria y las respuestas gubernamentales se basaban en programas focalizados, centrándose solo en la comida sin explorar las esferas psicológicas y culturales.

En el mismo estudio, en Argentina, se realizó una investigación dentro del Programa de Seguridad Alimentaria (PNSA) en el departamento de Oran, Salta; dentro de este Programa había un componente aborigen que era la entrega de Módulos alimentarios a las familias, también se complementaba con la entrega de dinero para las compras de alimentos. Se trabajó en forma conjunta con el Ministerio de Salud Provincial, para articular con los efectores del primer nivel de atención donde se encontraban los registros de los niños/as desnutridos/as. En el caso argentino, se vio que el PNSA, y varias acciones indirectas de corte municipal, como la Asignación Universal por Hijo (AUH), hacen que sea un mosaico heterogéneo que genera más inequidad, porque en la distribución influyen variables clientelares.

Desde la antropología, se destaca que los conceptos de “crecimiento y desarrollo”, como dos metáforas de como la sociedad aborda la infancia como símbolo de futuro. Desde la pediatría, se insiste que el cuidado de los niños/as es más seguro en manos de las madres/mujeres cuidadoras,

pero estas “pautas de crianzas” no se adecuan a los cambios de contextos periurbanos y, mucho menos, con poblaciones indígenas. Se observó una fuerte discriminación por parte del personal de salud, tienen una tipificación por etnia de mejores cuidados (los criollos/mestizos), a los Wichi que los crían como “animalitos”. En conclusión, este estudio antropológico muestra la complejidad de la nutrición y las prácticas que se implementan para solucionarlas, deben ser repensadas no solo como la comida si todo el entorno socio cultural.

Ros (2016) realizó un estudio descriptivo, de tipo exploratorio, sobre los aspectos socioculturales de las familias donde algunos de los niños/as de 0 a 4 años tuvieron problemas de diarrea, desnutrición y anemia que, son patologías prevalentes y parte del proceso de recuperación que está basado en la alimentación. Se consideró a la alimentación como la representación social del grupo familiar. Evaluaron 23 niños/as con una mayor prevalencia entre 13 y 36 meses, con una leve cantidad mayor de niñas que de niños, el 39% de las madres eran menores de 20 años y el 61% eran familias nucleares. La mayoría de las madres trabajan en su casa (78%), el resto tenía trabajo informal, el 85% recibían distintos programas sociales alimentarios y no alimentarios, el 43% no terminó la escuela secundaria y el 9% no finalizó la primaria.

Las prácticas alimentarias eran realizadas por mujeres, solo el 8% lo hacían los varones. Las madres refieren que no cocinan distinto para los niño/as que para los adultos/as, pero un 88% refirió agregarle algunos suplementos alimentarios (azúcar, aceite y manteca). Con respecto a la vivienda, el 85% vivían en casa tipo A, en su mayoría alquilaban con una elevada proporción de hacinamiento crítico (más de 3 habitantes por cuarto). En cuanto a las patologías, el 27% tenía desnutrición y un 18% tenía desnutrición, diarrea y anemia. El 52% de las madres respondieron erróneamente sobre el periodo de lactancia materna, en la misma proporción desconocían la incorporación de otro tipo de alimentos (carnes o verduras). Las familias acuden al centro de salud y dicen respetar las indicaciones de los equipos de salud, la unidad doméstica es la familia que, en su mayoría, son de conformación nuclear no extendida.

Con respecto a las prácticas alimentarias, hay múltiples errores en los tiempos, las cantidades y cualidades de los alimentos a los niños/as.

Garro Vera (2015) evaluó la efectividad de un programa de prevención de la anemia y la desnutrición en niños/as menores de 3 años de la zona periférica de Lima que concurrían al Centro de Salud de Tablada de Lurin. De madres primerizas, que en total fueron 15, el 53% eran menores de 20 años, solo 2 de las mujeres no terminaron la escuela primaria, pero el 50% abandonaron la escuela secundaria. Observó que, antes de la aplicación del programa, el 50% conocía el programa, pero no tenían conocimientos sobre las causas y consecuencias de la anemia y la desnutrición como problema de salud de los niños/as.

En otro trabajo sobre la desnutrición, como problema social, (Navarrete & Erreguerena, 2015) evaluaron la información nutricional que tienen las madres, antes y después de asistir a un centro para el tratamiento de niños/as con riesgo nutricional, patrones de consumo y estado nutricional de sus hijos/as de 0 a 5 años en un periodo de 4 meses de asistencia al centro, durante el año 2014-2015, tiempo que participaron en varios talleres sobre nutrición. Se observó que, antes de la capacitación el menos del 50% de las 22 madres tenían respuestas correctas, al finalizar la capacitación el 100% dieron resultados positivos. Estos datos demuestran que prevenir la desnutrición es posible si se realizan actividades multidisciplinarias en etapas previas a los embarazos y luego de esto con talleres integrados.

Hernández Escalante & et al (2014) realizaron un trabajo en la población maya parlante de comunidades rurales del oriente de Yucatán que, tuvo como objetivo identificar las percepciones y representaciones sociales sobre la desnutrición infantil que tienen un grupo de madres, que hablan maya y español de las comunidades de Kaua y Cuncunul. Se incluyó una muestra de 26 niños/as menores de cinco años, los datos se recolectaron en talleres de investigación. Las madres en promedio tenían 25 años y el 60% había terminado la escuela primaria. Observaron que muchas de las pautas alimentarias sugeridas por el equipo de salud no fueron aceptadas por las madres, sobre todo el uso de leche líquida sin calentar y la poca cantidad de “tortilla” en el desayuno. Un dato recurrente es la prolongación de la lactancia materna exclusiva posterior al año de vida. Solo un reducido grupo de madres opinó que esta práctica era dañina para los niños/as. Reconocen incorporar a los niños/as a la mesa hogareña a partir del año y que comen lo mismo que toda la familia, considera que es peligrosa porque los niños/as pueden enfermarse de muchas cosas raras.

También reconocen aspectos psicológicos y sociales que no permiten mejorar la nutrición, como el alcoholismo, los problemas de violencia de género y la falta de dedicación por parte de los padres a dar de comer a los niños/as. Identifican, como positivo, la disponibilidad en la comunidad de organizaciones sociales que ayudan a capacitar a las familias en este tipo de problemáticas. Como conclusión, los autores opinan que deben mejorarse los aspectos interculturales de las pautas alimentarias y poder escuchar, con mayor atención, a las mujeres y no pensar tanto en los discursos técnicos.

Orzuza (2011), en un barrio periférico de Rosario, realizó un trabajo en el que presentó reflexiones de cómo las malas condiciones de materiales de vida de las familias afectan las relaciones madre/hijo/a y las pautas de crianza. Realizó entrevistas semiestructuradas y se trabajó en un diseño de casos/control, con 10 casos en total. 5 con niños/as desnutridos y 5 con niños/as eutróficos. Las diferencias entre los grupos de casos y controles estaban dadas en cuenta a la vivienda. En los enfermos /as, el hacinamiento era más serio. En ambos grupos, la escolaridad era similar, la mayoría había terminado la escuela primaria.

Una diferencia en los grupos es que, en el caso de los enfermos/as, los ingresos económicos provenían de la mujer, quién fue la responsable de gestionar los planes sociales y, en menor medida, de los aportes por trabajos informales de los padres; en los controles, al contrario, los ingresos son más altos por parte de los varones.

En ambos grupos, el rol del cuidado infantil estaba en mano de las mujeres y es algo que no se cuestionó en ningún momento. Un rasgo llamativo consistió en la soledad de estas mujeres, en ambos grupos en situaciones críticas como el parto o el diagnóstico de desnutrición.

Leyton- Legues (2012) realizó un estudio sobre los fenómenos sociales e históricos que atraviesan la desnutrición, para ello, analizó los modelos explicativos sobre la lactancia materna exclusiva y la alimentación artificial por parte de las madres de niños/as menores de 4 años y del personal de salud del sistema público de la localidad de Atacama en Chile. Se trató de un estudio de campo etnográfico, realizado en dos etapas junio 2008/ abril – mayo 2009. Realizó entrevistas semiestructuradas a las madres y al personal a cargo del cuidado infantil, luego entrevistas grupales y observaciones no participantes.

Los relatos de ambos grupos muestran que el modelo biomédico se introdujo en las prácticas culturales a las que antes no tenían acceso, esto es debido a que el sistema sanitario tiene recursos que hacen permeables a las poblaciones, tales como entrega de leche y otros suplementos. Pueden observarse también, la existencia de puntos de tensión entre ambos relatos. Uno de ellos es la asignación de roles en las unidades familiares, para la cultura popular la abuela tiene un rasgo fundamental en la crianza y alimentación de los niños/as, sin embargo, la misma figura para los trabajadores de salud puede ser vista como un obstáculo y, dicho rol desde el punto de vista del personal sanitario, puede ser desempeñado por las enfermeras.

En otra investigación, Bonvecchio Arenas, Blanco García, & Carreto Rivera (2011) tuvieron como objetivo identificar las principales representaciones sociales relacionadas con la alimentación en la escuela, presentes en los discursos de los diferentes actores escolares. Realizaron 20 entrevistas en profundidad y luego 10 grupos de discusión de los resultados en las 12 escuelas intervinientes. Se obtuvieron los siguientes resultados: existió una clara coincidencia entre todos los entrevistados/as en la diferencia de una comida casera y la comida chatarra, considerando a esta última no saludable porque engorda y no nutre por contener harina, azúcar y químicos. Un dato interesante fue que los niños/as pudieron relacionar a la comida chatarra con las enfermedades cardiovasculares y diabetes de sus abuelos, pero no la asociaron con problemas para ellos mismos. Mientras que, a la comida casera, la consideraron nutritiva porque les da energía y facilita el aprendizaje, en la valoración positiva realizada sobre los alimentos caseros no son tenidos en cuenta ni los ingredientes (aceite, crema) ni la forma de preparación (fritos).

Con respecto al consumo de frutas y verduras, los niños/as expresaron un mensaje “socialmente aceptado”, son buenos, nutritivos y se los consume, cosa que no se da en sus prácticas habituales de consumo diario. Los jugos de frutas que se venden tienen poca proporción de este elemento, el resto es agua y hielo, pero igualmente se los considera saludables; igual situación se observó con la proporción de verduras en los platos de comida. Se observó que existe una penetración de discursos dominantes en materia alimentaria, desde la industria, sobre todo, en los/as profesores/as de educación física y en los niños/as un discurso aprendido sobre el valor de las frutas y verduras, que luego no se condice con sus prácticas en el comedor escolar.

En el estudio de Juárez (2006) se investigó la desnutrición infantil y su forma de prevención en la cultura C’horti de Guatemala. Mediante la técnica de observación participante se estudiaron las aldeas de los municipios de Jocotán, Camotán y la sala de espera del hospital de Jocotán. Se complementó con entrevistas semiestructuradas a mujeres con hijos/as menores de 5 años y a parteras tradicionales. Los resultados fueron los siguientes: la desnutrición infantil, en la concepción C’horti, es un trastorno atribuible a la conducta de las madres, los discursos de la mayoría de los actores involucrados sobre las causas recaen en la dejadez materna y en un tipo de ruptura con una serie de prácticas establecidas, porque para ellos la crianza de los niños/as es responsabilidad exclusiva de las mujeres; tener un niño/a desnutrido es señal de ser mala madre y mala esposa; sin embargo, quien decide que se compra en la casa es el hombre, es el primero que come y su ración es la más abundante. Los autores concluyen que las dificultades para modificar las representaciones existentes surgen de la estrecha relación de la salud y la enfermedad con la esfera social, moral y con la cosmovisión del grupo social.

En otro trabajo realizado por Maya (2007), se investigó la desnutrición en niños/as menores de 5 años en la comunidad de Hueyapan que provenían de familias de estratos socioeconómicos bajos, de ellas, unas pocas eran las que concentraron casos graves de desnutrición. El trabajo indagó las representaciones sociales de los padres y madres sobre la situación de sus hijos/as desnutridos/as y que prácticas realizaban para solucionarlas. La unidad de análisis fue la familia, estudiando las interrelaciones entre: los patrones distributivos, la distribución diferencial de los recursos, las redes de relaciones y las representaciones sociales. Las siguientes fueron las principales categorías emergentes.

1) Asociación entre bajo peso y estatura con la desnutrición: 6 de las 7 familias desconocían la desnutrición de sus hijos/as antes del contacto con los equipos de salud. Algunas mujeres la asociaban con una deficiente atención y con las condiciones económicas que impedían el acceso a servicios de salud.

2) Factores de salud enfermedad entre los desnutridos/as: ante los problemas alimentarios, las familias consultan primero con sus chamanes y, por último, al sistema formal de salud. La mayoría de los casos tienen cuadros de diarrea y fiebre que no son asociados con la desnutrición.

3) Responsabilidades parentales en el proceso salud enfermedad: las madres valoran el riesgo conforme la duración de los síntomas: si dura menos de dos días utilizando medicinas naturales y si no hay registros continuos no es grave (no se reconoce a la desnutrición como fenómeno continuo). Los/as investigadores/as concluyeron que las familias no tienen registro de la situación nutricional hasta que no concurren a un sistema público de salud. Sobre un total de 10 familias, 7 aceptaron que sus hijos/as tenían algún problema nutricional, 3 lo negaron, los padres dijeron enterarse de que sus hijos/as estaban desnutridos cuando las mujeres les pidieron concurrir a reuniones por ese problema; 6 de los 7 padres dudaron de las mediciones. Solo una familia acepto que su hija era desnutrida tras el control de peso y talla. Muchas de las familias estudiadas desconocían los criterios de por qué se les decía que sus hijos/as eran desnutridos/as; dijeron que el personal de salud las quiere ver gordas y grandotas, pero ellas son pequeñas. Muy pocos reconocieron la relación entre la desnutrición y la mala alimentación con posterioridad a charlas de educación para la salud. Concluyeron que, la desnutrición como fenómeno cultural, tiene como base la falta de reconocimiento por parte del entorno familiar de la desnutrición como enfermedad grave, que también es asociada con disfuncionalidades del sistema sanitario, la ruptura en las redes familiares y sociales por la falta de acceso a determinados bienes servicios. Al finalizar, el mismo el 100% conoce el programa y han adquirido algunos conceptos sobre las causas y consecuencias de la anemia y la desnutrición.

CAPITULO 3

3.1. Propósito de la investigación

Aportar información sobre las representaciones sociales que tienen las mujeres a cargo de niños/as menores de 5 años con algún grado de desnutrición y que, estos datos generados, permitan a los integrantes del equipo de trabajo del Centro de Salud planificar nuevas estrategias que logren disminuir el impacto de dicho problema de salud en los niños afectados.

3.2. Objetivos

3.2.1 General:

Conocer las representaciones sociales sobre la desnutrición en jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, en el Barrio Villa Don Andrés Resistencia, Chaco, Argentina.

3.2.2. Específicos:

- a) Describir las características sociodemográficas de las familias que tienen niños/as desnutridos/as del Barrio Villa Don Andrés.
- b) Analizar las creencias sobre la desnutrición de las jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica.
- c) Analizar el conocimiento sobre la desnutrición de las jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica.
- d) Comprender los modos de actuación sobre la desnutrición de las jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica.

3.2.3 Supuesto general:

Se parte del supuesto general que existirían diversas representaciones sociales en torno a la desnutrición en madres jefas de hogar que tienen a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, en el Barrio Villa Don Andrés Resistencia, Chaco, Argentina. En tanto sujetos sociohistóricos, poseen distintas creencias y conocimientos, y actúan en consecuencia.

CAPITULO 4

Material y Método:

- 4.1. Diseño del estudio:** Cualitativo, a partir de la Teoría fundamentada (Grounded theory).
- 4.2. Población:** Mujeres jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, en el Barrio Villa Don Andrés Resistencia, Chaco, Argentina. En la presente tesis, se entiende como jefas de hogar a la persona reconocida como tal por el resto de los miembros del hogar/familia (INDEC (2022)).
- 4.3. Unidad de análisis:** Cada una de las mujeres jefas de hogar que tengan a su cargo algún niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica.
- 4.4. Tipo de Muestra:** Se realizó un muestreo intencional hasta lograr la saturación teórica. Inicialmente, las madres al ser entrevistadas fueron seleccionadas por el equipo del Centro de Salud de Villa Don Andrés, específicamente por el enfermero universitario encargado del control de niños/as a partir de los datos de las historias clínicas de niños menores de 5 años que tuvieron o tienen desnutrición.

4.5. Criterios de Inclusión:

- Mujeres jefas de hogar que vivan dentro del área programática del Centro de Salud de Villa Don Andrés, identificadas como tutoras de niños/as menores de cinco años a cargo y que padezcan o hayan padecido desnutrición crónica.
- Mujeres jefas de hogar que aceptaron participar del estudio.

4.6. Criterios de exclusión:

- Mujeres jefas de hogar que tengan hijos/as mayores de cinco años, aunque tengan algún grado desnutrición.

4.7. Técnicas e instrumentos de obtención de la información empírica:

En el trabajo de terreno efectuado para la confección del diseño, se utilizó la técnica de la entrevista semiestructura en profundidad. Las entrevistas se realizaron en los domicilios de las mujeres jefas de hogares, en algunos casos la segunda o tercera entrevista se realizó en el mismo Centro de Salud, por conveniencia de las mujeres que asistieron para control de su/s hijo/s. Se acordó con las entrevistadas que la duración de cada evento no superaría una hora aproximadamente en promedio, fueron grabadas y transcritas textualmente, luego del análisis de las mismas se realizó una segunda y en ocasiones tercera entrevista en la que se profundizaron algunos primeros conceptos emergentes, hasta llegar a la saturación teórica de los datos. Esto significa que se siguió interrogando hasta que ya no aparecieron datos nuevos, o importantes y que la categoría estaba saturada.

Además, se le mostró una lámina que contenía imágenes de verduras, proteínas y carbohidratos y se le pidió que especifique la proporción correcta de los mismos.

Las entrevistas fueron registradas en el siguiente instrumento: Registro a tres columnas. (*Véase en Ítem 4.9*)

4.8. Ejes de indagación: las preguntas que se enuncian a continuación (en el sistema de matrices de datos), fueron tentativas, algunas debieron ser redimensionadas y ampliadas en función a los incidentes y principales conceptos emergentes en las entrevistas.

4.9. Sistema de matrices de datos

Para la construcción de la misma, se tomó como referencia al Juan Samaja (2004).

Unidad de análisis	Características sociodemográficas Dimensiones	Definición conceptual	Ejes de indagación
Mujeres jefas de hogar que tengan a su cargo algún niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica	Configuración de la familia de origen	Son los vínculos y las relaciones entre los miembros	¿Me podrías describir tu familia de origen?
	Escolaridad de los mayores de 14 años	Grado de finalización del ciclo escolar, primario, secundario, terciario /universitario	De tus hermanos y vos ¿Quiénes terminaron la escuela primaria, secundaria?
	Configuración de la familia actual		¿Me podrías describir tu familia actual? ¿Quién es el jefe del hogar?
	Características de la vivienda	Casa tipo A o B según INDEC Propia o alquilada	¿Me podrías describir tu casa? ¿La casa es de ustedes o alquilan? ¿Tienen agua y luz dentro de la casa?
	Servicios	Provisión de agua y luz dentro de la vivienda	
	Hacinamiento	Cantidad de habitantes por número de cuartos	¿Me puedes contar cuántas habitaciones tiene tu casa, excluyendo el baño?
	Trabajo	Actividad que genera bienes y servicios para el mercado. Puede ser formal o informal.	¿Quiénes trabajan en tu familia actual?
	Programas sociales	Programas o planes sociales, destinados a poblaciones específicas o de corte universal, que son aportados por los gobiernos nacionales,	¿Cobran planes sociales? ¿Me podrías nombrar quiénes lo cobran? ¿Cuándo salís a trabajar quien cuida los chicos?

		provinciales o municipales.	
	Ingresos familiares	Son los montos de dinero con los que cuenta la familia para cubrir las canastas generales y/o alimentarias	¿Me podrías decir cuánto calculas que son los ingresos con los que cuentan ustedes para afrontar los gastos mensuales? ¿Les alcanza para todo el mes?

Unidad de análisis	Representación social Dimensiones	Definición Conceptual	Ejes de indagación
Mujeres jefas de hogar que tengan a su cargo algún niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica	Creencias que tienen sobre la desnutrición de los niños/as	Ideas o concepciones respecto a un fenómeno asumidas por la sociedad, con las que el sujeto a lo largo de su desarrollo se encuentra, las internaliza y adopta como interpretación de la realidad	¿Quién te enseñó a cocinar? ¿Qué crees que es una buena alimentación para un niño/a menor de cinco años? ¿Cómo describirías a un niño/a bien alimentado?
	Conocimientos que tienen sobre la desnutrición de los niños/as	Saberes o conocimientos generados en el campo de la ciencia	¿Alguna vez te enseñaron que alimentos eran mejores para los niños/as? ¿En la escuela o en el centro de salud alguien te explicó que comidas son importantes para una buena alimentación? ¿Me explicarías qué necesitas para preparar una alimentación adecuada para tus hijos/as?

		¿Cuáles serían los alimentos que considera inadecuados para alimentar a los niños/as?
Modos de actuación	Conductas asumidas por las tutoras producto de la articulación entre creencias y conocimientos científicos adquiridos	¿Qué hiciste cuando te dijeron que tu hijo/a estaba desnutrido? ¿Con quién lo hablaste?

4.10. Análisis de la información empírica:

Se realizó un análisis en espiral (salida al campo, des grabación, registro de las entrevistas, análisis de las mismas, vuelta a salir al campo y repetición del ciclo ya descripto).

Se utilizó el Método Comparativo Constante de Glaser y Strauss (Glaser, 1969). Se adoptó la modificación propuesta por la Dra. María Teresa Sirvent (2004), quien retomó los pasos inicialmente propuestos por Glaser y Strauss y los incorporó a un análisis más global que incluye el registro a tres columnas (observables, comentarios y análisis), y el fichaje como técnica que permite la objetivación de los datos empíricos en el proceso de construcción de teoría.

Además del formato de tres columnas, propone siete pasos para la recolección y el fichaje, a fin de facilitar la objetivación y la producción de teoría.

Dichos pasos, llevados a cabo en este trabajo, se describen a continuación:

1º Paso: Se registró la entrevista mediante la elaboración de un registro a tres columnas:

- Observables: (primera columna) se consignaron en detalle los hechos observados, es decir, se transcribió la entrevista completa, “todo lo que se vio y se escuchó”.
- Comentarios: (segunda columna) se registraron las emociones sentidas durante la entrevista y cualquier tipo de asociación que sentí como investigador.

- Análisis: (tercera columna) surgieron los primeros conceptos más cercanos a la empírica.

Las dos primeras columnas se completaron durante el proceso de recolección de la información, la tercera se dejó en suspenso (se completó en el 3° paso).

2° Paso: Se realizó un estudio intensivo de lo registrado.

3° Paso: Se registró en la columna de análisis, el primer concepto más cercano a la empírica a partir del recorte de frases o dichos de los entrevistados/as que llamaron la atención (incidentes). Se comparó en forma constante los incidentes, el análisis realizado con los conceptos desarrollados en el marco teórico.

4° Paso: Se identificaron los temas recurrentes, aquellos que se repetían con mayor frecuencia, a partir del análisis de los conceptos emergentes en la tercera columna.

5° Paso: Fichado de los temas identificados como recurrentes, es decir, se buscaron los fragmentos del registro con unidad de sentido (incidentes).

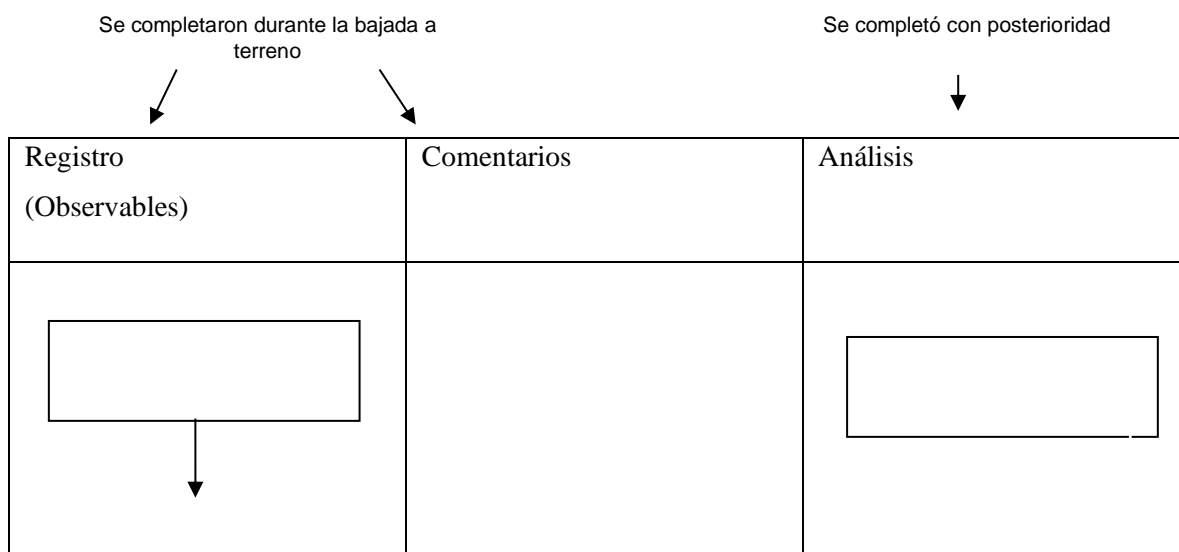
6° Paso: Se compararon las fichas buscando elementos comunes o discordantes en la búsqueda de nuevos conceptos con mayor o menor capacidad de generalización.

7° Paso: Se realizaron pequeños memos donde se registraron los avances de la investigación desde el punto de vista de la generación de teoría.

En resumen:

El procedimiento de análisis consistió en la codificación de los datos empíricos a través de palabras derivadas de los incidentes que expresaron los entrevistados/as. Luego, estos incidentes se agruparon en categorías y se compararon buscando las diferencias y semejanzas existentes entre una y otra; de manera iterativa, se analizó la composición cualitativa de los datos por comparación constante entre los datos y la teoría.

PASOS: Trabajo con el Registro



El/los observable/s significativos (Incidentes) se transcribieron como datos empíricos a las fichas.

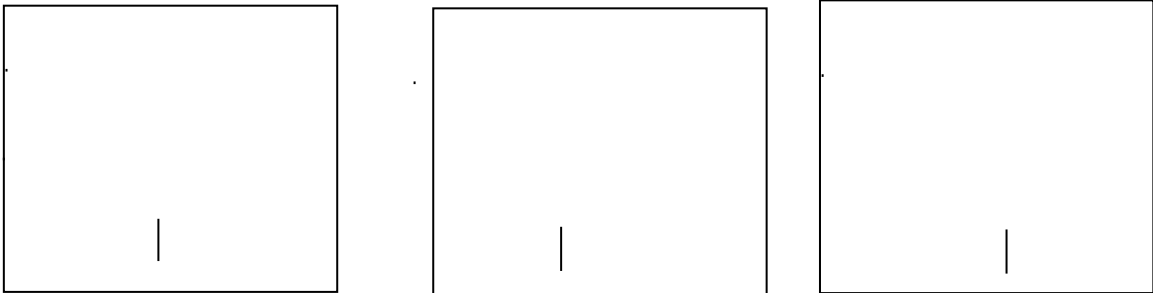
2º paso en la comparación incidentes de la misma categoría.

PASOS 5-6: Se trabajó con las FICHAS

La Conceptualización
(CATEGORÍAS/ PROPIEDADES) Datos de identificación
Encabezan la ficha ↓ del material empírico



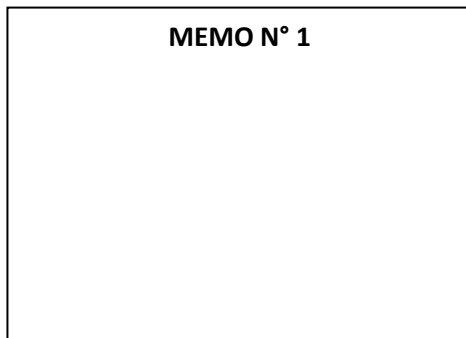
El investigador escribe sus comentarios acerca de la materia con otra letra o color. 3º paso en la comparación.



Se realizó el análisis de elementos comunes y no comunes entre fichas de la misma y/o distinta categoría 4º. Paso en la comparación constante.

PASO 7: Redacción de Memos-Informes

Se buscaron relaciones entre categorías y sus propiedades



7º. Paso en la comparación en este proceso de abstracción creciente

5. **Control de la Subjetividad:** Vigilancia epistemológica del proceso. A lo largo de todo el proceso de esta tesis, la directora fue comparando los conceptos emergentes con los incidentes, mis comentarios y controlando con la teoría enunciada en el marco teórico.
6. **Aspectos éticos:** El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Bioética en Investigación en Ciencias de la Salud (Resolución 28/2018) la Resolución se adjuntan en el Anexo II.

CAPITULO 5

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

A continuación, se presentan las principales categorías emergentes, empezaré describiendo las características sociodemográficas de las familias que tienen niños/as desnutridos del Barrio Villa Don Andrés.

5.1. La familia de origen.

5.1.1. Migrantes rurales:

En cuanto a su procedencia territorial, con excepción de la Entrevista número 1 (E1) nacida en Rosario - provincia de Santa Fe-, las restantes entrevistadas integraban familias que, radicadas en zonas rurales del interior provincial, migraron hacia Resistencia instalándose en los barrios periféricos de la capital.

Este fenómeno de urbanización creciente, que es propio de toda América Latina, en nuestro país tuvo un notable crecimiento desde fines del siglo XIX hasta mediados de siglo XX, período que podemos señalar como de construcción de la ruralidad (Sili, 2019). Posteriormente, se produjo un lento pero inexorable proceso de despoblamiento que coincidió con los procesos de industrialización, urbanización, las crisis de las actividades agrarias de las economías regionales y las migraciones internas en busca de un futuro mejor (del Castillo, 2020).

Sin embargo, la migración de poblaciones rurales a ciudades no resulta en el tan esperado alivio de la pobreza, estos migrantes generalmente ocupan las zonas periféricas de las ciudades generando verdaderos cordones de pobreza, viven en condiciones de marginación, exclusión, deterioro del nivel de vida, desestructuración de la producción alimentaria para el mercado interno y la reorientación de productos de exportación.

La provincia del Chaco y la ciudad de Resistencia no han estado ajenas a todo este proceso, las circunstancias históricas, socio- demográficas y territoriales han llevado, en estos últimos 40 años, a una gran migración de grupos familiares desde todas las localidades del interior y de las zonas rurales

especialmente. Una de las explicaciones a este fenómeno podría ser el hecho que la provincia del Chaco fue una de las dos últimas jurisdicciones que dejaron de ser Territorios Nacionales para ser provincias, recién en 1957 se consagró la Constitución Provincial.

En ese momento, el Chaco tenía un esquema productivo basado en la agricultura, en el algodón y una parte importante de caña de azúcar, fundamentalmente, la ganadería y la industria maderera, con la producción de tanino que implicaba la tala indiscriminada de numerosos bosques nativos y vastas extensiones de quebrachos colorados, madera esencial para la obtención del mismo. Estas producciones estaban en manos de empresas de origen inglés que daban mano de obra intensiva a todas las familias que trabajaban, pero con modelos de explotación casi esclavos porque las familias dependían para todas sus necesidades de lo que proveían estas empresas, que pagaban con vales que solo podían canjearlos en sus proveedurías (Gonzalez Obregon L. M., 2017)

Durante varias décadas, la provincia del Chaco ha sido el principal referente nacional del cultivo de algodón, cuyo proceso de producción ha sufrido cambios que fueron modificando la estructura de vida de los agentes históricamente vinculados a su producción. El proceso de tecnificación y la diversificación hacia otros cultivos como las oleaginosas, el arrollador avance del cultivo de soja sobre grandes hectáreas que antes eran destinadas al cultivo de algodón, llevó a la imposibilidad, por parte de los pequeños productores, de sostener una producción que les fuera rentable, afectando a trabajadores y minifundistas quienes hoy prácticamente han sido excluidos de dicho proceso. Secundariamente, esto llevó a la pérdida de numerosas fuentes de trabajo directas e indirectas, el aumento de la pobreza, la emigración hacia los cordones periféricos urbanos (especialmente en el Gran Resistencia) y el marcado deterioro de las condiciones laborales de quienes aún permanecen dentro del sistema productivo algodonero (García 2007). Un fenómeno similar se observó otras provincias como Salta (del Castillo, 2020), en donde las sucesivas crisis de las actividades agrarias llevaron a la migración de la población rural a la ciudad y estos terminaron asentándose en la periferia urbana en las llamadas villas de emergencia o en loteos económicos precarios.

Estos datos descriptos previamente nos demuestran el carácter social e histórico de la urbanización de la pobreza, la que está indefectiblemente relacionada con la particular inserción del sujeto en la estructura socio productiva, siendo esta la que determina la posibilidad de acceder en mayor o menor medida a determinados bienes y servicios.

En este esquema de pobreza y marginación, las familias tienen muchos hijos/as para lograr tener más mano de obra y así asegurar mejores ingresos.

5.1.2. Familias numerosas:

Todas las entrevistadas provienen de familias con un número elevado de miembros de entre 3 y 9 hijos/as cada una, en relación a los progenitores se evidencian situaciones de fallecimiento, separaciones y nuevas uniones de hecho.

E1: *“Nací en Rosario, somos 8 hermanos, pero solo vivimos 7, un varón murió de chico”.*

E2: *“Papá, mamá y somos 9, 3 varones y 6 mujeres”.*

E3: *“Mis papás viven, pero están separados, somos 4 hermanos, 3 varones y yo, todos viven”.*

E4: *“Mi papá murió cuando yo era chica, mi mamá vive, somos 5, 4 varones y soy la más chica”.*

E5: *“Con mis padres fui hija única, después mi mamá tuvo 4 hijos más que son mis hermanos somos 5 en total, todos vivos”.*

E6: *“Mis padres tuvieron 7 hijos, 4 varones y 3 mujeres están todos vivos”*

Dentro de la amplia diversidad de formas que asume la familia, aquellas numerosas se encuentran dentro de las estructuras más vulnerables (Di Marco, 2017). Generalmente se consideran en este grupo las familias que se conforman por uno o dos ascendientes que tengan tres o más hijos/as menores de 18 años, sean o no comunes.

La cantidad de miembros de las familias está ligada a varios factores que deben ser analizados. Felitti (2012) considera que la cantidad adecuada de hijos/as para las familias estaba relacionada con el hecho de que eran necesarios para tener un mejor desarrollo socio económico, sumado a esto, el ingreso de las mujeres al mercado laboral, el acceso libre a los medios anticonceptivos, los divorcios y las nuevas configuraciones familiares son el contexto donde se intentan implementar políticas de planificación familiar.

En la década del 70, la cuestión poblacional fue un tema de geopolítico para Argentina, los gobiernos de turno consideraban que era una debilidad frente a los enemigos (Brasil y Chile), países superpoblados que ponen en riesgo parte de nuestro territorio.

Como política demográfica no se promocionó el control de la natalidad, pero no se prohibió la venta de anticonceptivos en sus diversas formas en el mercado farmacéutico, lo que es otra muestra más de la inequidad del sistema de acceso a los mismos basado en ingresos, las mujeres que tienen ingresos pueden comprarlos, en tanto en el sistema público se ponen barreras para su acceso y utilización.

Es por eso que las cifras de natalidad y fecundidad muestran las conocidas brechas entre las Regiones ricas del centro y sur del país, y las zonas más pobres del NEA y NOA.

Como puede verse, estas políticas relativas al crecimiento demográfico estaban direccionadas en cuanto a los estímulos a la mujer trabajadora formal que recibía asignación familiar conforme al número de hijo/a, en el mismo sentido, las licencias por maternidad y el pago de alguna asignación especial por nacimiento, en tanto las mujeres que no tenían un trabajo formal o directamente se dedicaban a la crianza de sus hijos/as, no tenían acceso a la posibilidad de planificación; es más, la familia quedaba inmersa en la ecuación de más hijos/as, más mano de obra, más ingresos para la familia.

A esto se agrega la implementación de planes sociales focalizados con directa relación al número de hijos/as como la llamada “Pensión de Madres de Siete Hijos” (Felitti K. , 2012), consistente en un ingreso vitalicio debido a este número elevado de hijos/as, lo que se convirtió en un “estimulo” para alcanzar ese número y acceder a dicho beneficio.

Estas contradicciones en las políticas demográficas en Argentina se manifiestan en el hecho de que las familias pobres estaban expuestas a riesgos de tener más hijos/as de los que hubieran querido por la dificultad de acceso a métodos anticonceptivos, al ir perdiendo sus puestos de trabajo, o a los mismos estímulos de las políticas sociales que premiaban tener más hijos/as, todas estas situaciones ocurridas por los cambios en los modelos productivos de nuestra provincia y del país a lo largo de la historia reciente.

Según datos del Banco Mundial (2020), la tasa de fecundidad en Argentina es de 2,2 hijos/as por mujer, en cambio en el caso de las familias de origen de las entrevistadas dicha tasa es de 6,3 hijos/as por mujer de promedio, lo que representa el doble de la cifra nacional, circunstancia que conforme a lo analizado precedentemente tiene relación con que la mayoría de estas familias de origen provienen de zonas rurales del interior de nuestra provincia, con trabajos no registrados, integración de todos los miembros a las tareas , incluso con trabajo infantil – lo que impacta posteriormente en la escolaridad- , por lo cual el aumento de la cantidad de hijos/as incrementaba la mano de obra – o la colaboración en las tareas de los progenitores aun en la niñez y afrontar así de una mejor manera los gastos familiares.

5.1.3. Todos terminamos solo la primaria

Sobre escolaridad de las familias de origen se obtuvieron las siguientes respuestas.

E1: *“Todos terminamos la primaria y dejamos en el secundario”.*

E2: *“Todos terminamos la primaria, ninguno terminó la secundaria”.*

E3: *“Todos terminamos la primaria, mi hermano mayor terminó la secundaria, yo deje en 3 año”.*

E4: *“Todos terminamos la primaria, mi hermano y yo terminamos la secundaria”.*

E5: *“Todos terminamos la primaria, un hermano terminó la secundaria y mi hermana de 15 está terminando la secundaria”.*

E6: *“2 no terminaron la primaria, 2 no terminaron la secundaria y yo deje el terciario en el último año – maestra jardinera-”.*

El nivel educacional de los padres, pero especialmente el de la madre, es otro factor que influye decisivamente en el nivel y la distribución de la desnutrición crónica. Las madres, con un menor nivel educativo, muestran tener un menor conocimiento acerca de una adecuada alimentación, lo cual puede ser un factor determinante de la inseguridad alimentaria del hogar y, también, tiene una influencia negativa sobre la desnutrición crónica, porque esta variable puede incluir una menor capacidad de cuidado infantil, debido a prácticas de higiene poco adecuadas, menor capacidad para aprender mejores prácticas de cuidado infantil y mal uso de los servicios de salud (Mariños-Anticona, 2014). En ese sentido, la instrucción materna más completa puede estar ligada a una mayor autonomía y racionalidad para la toma de decisiones referentes a la salud del niño/a.

Schultz, (citado en Marini, 2010), sostiene que la educación de la madre influye en la salud del niño/a en al menos cinco maneras. La primera porque una buena educación de la madre conlleva una mejor combinación de los insumos relacionados con la búsqueda de la mejor salud de los niños/as; en segundo lugar porque las madres más educadas son más eficientes en la producción de bienes para la salud de sus hijos/as, tercero porque puede generar cambios en sus preferencias (por ejemplo, puede tener menor cantidad de hijos/as), en cuarto lugar porque puede implicar que aportará un mayor ingreso al hogar; y por último porque puede tener un menor número de hijos/as.

Por lo tanto, las políticas que tiendan a mejorar la educación de los padres tendrán un impacto positivo sobre la desnutrición, y deberían estar dirigidas especialmente a hogares pobres y deben concentrarse primeramente en el nivel básico (Paraje, 2008).

5.1.4. Configuración de la familia.

Veamos ahora como se configuraron las familias de las entrevistadas. Para abordar el tema de la configuración familiar partiré de la definición dada por el INDEC (2022), el que considera un hogar es un *“Grupo de personas (emparentadas o no emparentadas entre sí) que comparten la misma vivienda, las que se asocian para proveer en común a sus necesidades alimenticias o de otra índole vital”*, mientras que una **familia** *“comprende a dos o más miembros de un hogar, emparentados entre sí por sangre, adopción o matrimonio”*, existe un tipo de familia -denominado núcleo conyugal- que es crucial en la diferenciación de los hogares y las familias por lo que lo describiré en detalle seguidamente.

Un **núcleo conyugal** es un tipo especial de familia constituida exclusivamente en alguna de las siguientes formas: pareja sin hijos/as, pareja con uno o más hijos/as, un progenitor (el padre o la madre) con uno o más hijos/as.

Los núcleos conyugales pueden clasificarse según su *completud*, *preeminencia* y *descendencia*. Se entiende por completud cuando ambos cónyuges están presentes y cuando falta uno de ellos (hombre o mujer) se denomina incompleta monoparental. Por otro lado, la preeminencia puede ser primaria (el núcleo que contiene al jefe) y secundaria es (son) el (los) núcleo(s) formado(s) por miembros no jefes. Finalmente, la descendencia determina la presencia o no de hijos/as en el hogar.

Los hogares se subdividen en Unipersonales y Multipersonales (compuestos por dos o más personas), estos últimos, a su vez, se subdividen en No-conyugales (no contienen un núcleo conyugal primario) y Conyugales (contienen un núcleo conyugal primario). Estos últimos son los que aquí serán considerados como familias.

Durante las entrevistas, cuando indagué sobre las configuraciones actuales de los arreglos familiares de las mujeres, la describieron de la siguiente manera:

E1: *“Tengo 3 hijos, vivo sola con los 2 más chicos, la más grande esta con mi mamá” “... los tres son de padres distintos”.*

De la descripción, se deriva que la constitución familiar, en este caso, es monoparental con jefatura femenina, integrada por tres miembros – madre y dos hijos/as-, reconoce la convivencia de su hija más grande con su abuela, asumiendo esta la categoría de familiar no nuclear.

En cambio, las siguientes entrevistadas conforman una familia nuclear completa con base en una relación conyugal convivencial compuesta por varios descendientes.

E2: *“... vivo con mi marido, estamos juntos y tenemos 3 hijos”.*

E3: *“...vivo con mi marido, estamos casados y tenemos 4 hijos”.*

E4: *“... vivo con mi marido, estamos casados tenemos 2 hijos”.*

En el caso de E5: *“Vivo con mi marido, estamos juntos tenemos 3 hijos”*, está conformada por una familia nuclear completa, con base en una relación conyugal- convivencial, compuesta por 5 miembros. Cabe aquí aclarar que el término “juntos” es aquí utilizado como sinónimo de lo que técnicamente se señala como convivencia.

Por su parte E6, refiere que: *“Vivo con mi marido, estamos juntos, con el tengo 3 hijos, pero tengo uno mayor que vive con su papá”*, en este caso se trata de una familia nuclear conyugal- convivencial

con 5 miembros, en tanto existe un hijo mayor no conviviente que convive en otro núcleo con su padre biológico sin referir en ningún momento que tenga una interacción con él.

Del análisis precedente, podemos resumir que tenemos como resultante de las entrevistas 2 familias configuradas por núcleos conyugales- matrimoniales, 3 con núcleos conyugales- convivenciales o consensuados; reconociendo estas 5 jefatura masculina.

En lo que corresponde a “E 1” y como ya se señalara, es de las entrevistadas la única con constitución familia monoparental con jefatura femenina.

En todas las configuraciones, puede observarse una disminución de la tasa de fecundidad en comparación con sus familias de origen, la cual era de 6,3 hijos/as por mujer, mientras que las entrevistadas muestran una tasa de 3,1 hijos por mujer. A pesar a este descenso registrado, la cifra es superior a la media provincial que es de 2,3 hijos/as por mujer (Dirección Nacional de Poblacion Ministerio del Interior Argentina, 2020).

5.1.5. Tipo de vivienda y características de la vivienda del niño

Analizaré seguidamente, la vivienda de las entrevistadas y sus niños/as, desde el punto de vista de la titularidad dominial de las mismas, la cantidad de cuartos y provisión de servicios, siguiendo la caracterización y tipología INDEC (2022), que se desarrollan a continuación.

De acuerdo a las respuestas de las entrevistadas, las viviendas en las que habitan presentan las siguientes características:

E1: *“Vivo en un monoambiente. Una pieza con baño instalado, luz y agua. La alquilo a la cooperativa”.*

En el caso de esta entrevistada, la unidad habitacional correspondería a la caracterización de un departamento, es decir, se trata de una *“vivienda que forma parte de un edificio o estructura con una entrada común que contiene por lo menos dos viviendas (o una vivienda y uno o más locales) a la que se accede a través de pasillos, escaleras, zaguanes o ascensores de uso común”.*

Y, de acuerdo a los subindicadores de NBI, se encuentra en una situación de riesgo en relación al subindicador NBI 3, el que se refiere al **hacinamiento**: *“es la relación entre la cantidad total de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo del hogar”.* Cuando existen más de tres personas por cuarto se considera que existe hacinamiento crítico.

En este caso, son monoambientes en planta baja con baño instalado, propiedad de una cooperativa que otorga a la “inquilina”: una beca para cuidado infantil que cubre el monto del alquiler y los servicios de provisión de luz y agua. La beneficiaria no percibe de manera directa el monto de la beca para luego abonar dicho alquiler, sino que el dinero es percibido por la cooperativa de las áreas

sociales de nación o bien de la provincia. El monoambiente se encuentra en un complejo de 10 unidades habitacionales sujetas al mismo régimen.

E2: *“Alquilamos una casa, con una pieza grande, con baño instalado y con agua y luz”.*

En este caso, estamos ante una vivienda tipo A, es decir, se trata de una *“vivienda con salida directa al exterior (sus habitantes no pasan por pasillos o corredores de uso común), construida originalmente para que habiten personas. Generalmente, tiene paredes de ladrillo, piedra, bloque u hormigón. No tiene condiciones deficitarias”*, en la que conviven la pareja y sus tres hijos, debiendo considerarse la existencia de una sola habitación en términos de hacinamiento.

Esta unidad doméstica estaría en una situación crítica, por tener 5 personas por cuarto, y se correspondería con el subindicador NBI 5 – capacidad de subsistencia- del INDEC, la que se caracteriza por incluir a *“...hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria”*. A su vez, estas 4 personas dependen del único del miembro ocupado de la familia. Sin embargo, cuando efectúe el análisis de esta familia en relación a los ingresos (ver más adelante), se verá que la madre aporta más ingreso por los programas sociales de los cuales es beneficiaria que el miembro que tiene una actividad laboral, por lo cual, se podría rever este subindicador de capacidad de subsistencia, basado en la ocupación a tenor de la incidencia de los ingresos originados en los planes sociales de los demás miembros del núcleo familiar.

Las siguientes tres entrevistadas presentan características similares:

E3: *“Nosotros ocupamos un terreno fiscal y, después, construimos. La casa tiene 3 dormitorios, cocina, comedor y baño instalado, con luz y agua”.*

También es una casa Tipo A, la posesión del terreno lo retomaremos luego al analizarlo como una de las estrategias de vida de las familias para aumentar su capital social.

E4: *“...compramos un terreno con una mejora y, después, construimos la casa. Tiene 2 dormitorios, cocina, comedor y baño instalado. Pagamos luz y el agua”.*

Se trata también de una casa Tipo A, en lo referido a la “compra” del terreno la situación es similar a la de E3, son ventas complejas porque la mayoría de esos terrenos eran fiscales, luego alguien los ocupó o usurpó y comenzó a venderlos sin tener los títulos de dominio, siendo esta ilegales y producen a la postre dificultades a quienes la compraron, pues no pueden obtener los títulos de propiedad.

E6: *“compramos el terreno y, después, construimos la casa que tiene 3 dormitorios, cocina, comedor y baño instalado, pagamos la luz y el agua”.*

Al no cumplir con la definición de NBI, estas tres familias no presentan ninguno de los índices especificados por el INDEC, por lo que no se las puede considerar que tienen una pobreza estructural.

E5: *“Con otras familias usurpamos unos terrenos, primero hicimos un ranchito con cartón y plástico, después hicimos una piecita y una letrina al fondo. Estamos colgados de la luz y el agua es de canilla pública”*

Según las categorías del INDEC, esta familia vive en un rancho Tipo B. Se trata de un rancho porque es una *“vivienda con salida directa al exterior (sus habitantes no pasan por pasillos o corredores de uso común) construida originalmente para que habiten personas. Generalmente tiene paredes de adobe, piso de tierra y techo de chapa o paja”*, y es de Tipo B porque es una *“vivienda que presenta al menos una de las siguientes condiciones deficitarias: tiene piso de tierra o ladrillo suelto u otro material (no tiene piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera, alfombra, cemento o ladrillo fijo); o no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda o no dispone de inodoro con descarga de agua”*

Salvo E1 y E5, que viven en un departamento monoambiente y en una vivienda B- rancho-respectivamente, el resto poseen casa Tipo A, según INDEC. En lo referido a la titularidad de dominio del inmueble, salvo E1 y E2 que alquilan, el resto no son propietarios legales a pesar de que se ellos se consideran dueños de su vivienda, pues el dominio de los terrenos y por ende sus mejoras están sujetos a regularización.

Debo señalar que en los últimos 20 años, se han dado muchas ocupaciones de terrenos fiscales, en general, pertenecientes al Ejército Argentino y también privados pertenecientes a antiguas familias de Resistencia que poseían grandes extensiones de terrenos, antes periurbanos que, debido al desarrollo de la ciudad y el corrimiento de su ejido, quedaron inmersos en el mismo. Estas ocupaciones se realizaban de manera unipersonal o a través de movimientos sociales que se instalaban e incluso loteaban los terrenos usurpados, produciéndose un negocio con las ventas sucesivas de los mismos de manera totalmente irregular. (Ministerio del Interior Presidencia de la Nación Argentina, 2017)

Este proceso de usurpación de terrenos del Ejército Argentino, como ya señalamos precedentemente, viene de larga data, por lo cual, tanto el gobierno provincial como nacional realizaron relocalizaciones debido a desalojos ordenados por la justicia, en general, en usurpaciones de terrenos privados y, en muchos de los casos las autoridades, permiten dichas las ocupaciones, que los ocupantes realicen mejoras para luego expropiar los terrenos ocupados y realizar su loteo, o incluso desarrollar allí la construcción de planes de viviendas sociales.

5.1.6. Trabajo: precario y planes sociales

En relación a las fuentes de ingresos de los núcleos familiares de las entrevistadas, se observó que:

E1: *“No, estoy en casa y cuido a los chicos. Cobro la Asignación Universal por Hijo (AUH) por los dos más grandes, por el más chiquito todavía no hice los trámites. Además, estoy en una Cooperativa y ahí me pagan una beca que con eso pago el alquiler. Son unos \$25.000 más o menos”.*

Por tanto, dados los valores señalados por INDEC para enero de este año 2022 para las canastas básicas y canasta total, esta entrevistada sería indigente.

Las tres entrevistadas que siguen, conforme los ingresos que describen, son pobres, pero no indigentes:

E2: *“En casa trabaja mi marido, en el mercado frutihortícola. Yo cobro la AUH por los tres chicos y tenemos la tarjeta alimentaria, unos \$ 40.000, es todo lo que contamos”.*

Ella y su familia pueden categorizarse como pobres, pues con los ingresos que describe solo cubren el 48% de la canasta total actual, estando sólo en un 10% por encima del valor de la canasta de la alimentaria.

E3: *“Mi esposo hace changas de albañilería. Yo tengo una bequita en la escuela. Es del Ministerio de Educación de hace 7 años por ahí, cumplo 3 horas todos los días como portera. Aparte de la Asignación Universal por los chicos y la tarjeta alimentar, 40 mil pesos y algo, 46 mil más o menos”.*

Si bien en este último caso se registra un ingreso un poco más alto frente a E2, la diferencia en el número de miembros de las familias de las dos entrevistadas, hace que los valores y la relación ingreso, cobertura de las canastas básica y total, sean análogos.

E5: *“...mi esposo hace changas, arregla canillas y esas cosas. Cobro por los 3, la AUH y tenemos la tarjeta alimentar, los fines de semana voy a la casa de una señora y la ayuda con la limpieza de la casa que me da 1500 por dos horas de trabajo”, “...entre 40 y 45 mil pesos”.*

Las siguientes dos entrevistadas registran características similares.

En el caso de E4: *“Mi esposo que es plomero matriculado trabaja por su cuenta y lo llaman para algunas obras, además cobro la AUH y la tarjeta alimentar unos \$ 60.000, sería todo el ingreso”.*

Esta es la unidad doméstica registrada de mejores ingresos, los que derivan de la capacitación laboral del esposo de la entrevistada, plomero/gasista matriculado, lo que le permite tener mejores remuneraciones. No obstante, estos ingresos sólo cubren el 75% de la canasta total, aun cuando superan ampliamente los valores de la canasta alimentaria.

E6: *“los dos tenemos un kiosco en la casa y mi marido hace changas en la construcción. Cobro la AUH por los 4 chicos, además tenemos la tarjeta alimentar. Él tiene una pensión por discapacidad. 50.000\$ por mes es lo que contamos para todos los gastos”.*

También son pobres, sus ingresos superan el valor de la canasta alimentaria, pero cubren solamente el 75% de la canasta total.

Un determinante básico de la desnutrición infantil es la pobreza del hogar, cuanto mayor es la pobreza en un hogar, mayor tiende a ser la desnutrición crónica de los niños/as que allí habitan, y, también, es un importante determinante de la distribución de dicha desnutrición, en otras palabras, cuanto más concentrada esté la riqueza, más concentrada está la desnutrición crónica infantil entre hogares pobres.

Los determinantes de la estructura socioeconómica son mediados al nivel del hogar, donde el proceso de aparición y desarrollo de la enfermedad es extremadamente dependiente del contexto familiar. En este sentido, juegan un rol decisivo las variables sociales como los ingresos familiares y, lo que desarrollé previamente, la calidad de la vivienda donde habita el niño/a.

Por otro lado, en el seno de la familia, surgen habilidades respecto a cómo satisfacer las necesidades de manutención y reproducción de su miembros con los recursos disponibles, que se denominan **estrategias domésticas de consumo**, que tal como fueron definidas previamente en el marco teórico, se refieren a estrategias de supervivencia para el cuidado infantil que llevan a cabo las familias, las que pueden ser entendidas como ciertas conductas y habilidades, con las cuales enfrenta la familia ciertas situaciones límites (Longhi, 2015). Estas estrategias implican decisiones que afectan, directa o indirectamente, la supervivencia y constituyen una instancia mediadora en el proceso de salud y enfermedad. Una de estas estrategias lo constituye la asistencia social provista por el Estado. Estas conductas tienen la finalidad de asegurar la reproducción biológica de la familia, preservar la vida y efectuar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la obtención de los medios de subsistencia y para la socialización de la progeneritura

De acuerdo a datos de la CEPAL (2021), en América Latina:

“...uno de cada seis hogares todavía no logra satisfacer sus necesidades alimentarias, ni siquiera destinando a ello la totalidad de sus ingresos...”.

Esto se refleja en que hay, en el año 2020, un 13,1% de la población en situación de pobreza extrema (indigencia) y un 33,0% en situación de pobreza.

“En otros países (Argentina, Bolivia, México y Perú, por ejemplo), la disminución de la pobreza a comienzos de los años noventa representa una baja significativa, pero en comparación con los altos índices de los años ochenta”, en Argentina en el año 95, la tasa de desempleo paso a ser superior

al 10%, lo que profundizó la crisis... Argentina y Chile son los países con mayor inequidad en lo referido a los ingresos”.

Actualmente para determinar si una familia es pobre o indigente en relación con sus ingresos, se utiliza la metodología de medición de las denominadas “Canastas: básica y alimentaria” (INDEC, 2022) registrándose para enero de este año 2022, un valor de la canasta básica alimentaria ubicado en los \$11.111, mientras que la básica total era de \$ 25.455 (Ver Tabla 2).

Tabla 4

Valores de las canastas alimentarias y básicas totales. Enero 2022. Encuesta Permanente de Hogares (EPH)

CANASTAS/MIEMBROS DE LA FAMILIA	Familia con 3 miembros	Familia con 4 miembros	Familia con 5 miembros
ALIMENTARIA	\$27.334	\$34.334	\$36.112
TOTAL	\$62.594	\$78.624	\$82.696

Fuente: INDEC, 2022

Seguidamente, presentaré como se ubican en este contexto las familias de las madres de Villa Don Andrés, conforme su total de ingreso familiar, incluido lo que perciben como programas sociales.

Tabla 5

Situación de pobreza/indigencia de las familias de entrevistadas en Villa Don Andrés, de acuerdo a datos de la EPH Año 2022

ENTREVISTADAS/ INGRESO EN \$	INGRESOS TOTALES FAMILIAIRES
1	\$25.000
2	\$40.000
3	\$45.000
4	\$60.000
5	\$45.000
6	\$50.000

Fuente: elaboración propia

5.1.7. Accesibilidad y disponibilidad de alimentos:

En las entrevistas observé, en lo referido a seguridad alimentaria, que la accesibilidad geográfica está garantizada, pues en el Barrio Villa Don Andrés existen comercios que proveen la mayoría de los alimentos necesarios. Ahora bien, la calidad y los precios que pueden obtenerse en ese tipo de comercios barriales son aspectos que hay que tener en cuenta, todas respondieron que compran la comida “en el barrio”.

La sexta entrevistada refirió que lo hace porque “...es difícil traerla en el colectivo y los remises son muy caros”.

Esta entrevistada muestra las dificultades de acceso a comercios con mejores precios, indicando que el transporte urbano es complicado por los recorridos de estos y que los remises (taxis) son muy caros.

Luego de haber analizado los indicadores de pobreza y la categorización de las familias en estudio conforme a los mismos y a la cuantía de sus ingresos, en este punto del análisis debo avanzar en las consideraciones relativas a la seguridad alimentaria. En los casos analizados, *“Lo que no está garantizada es la equidad, es decir, que toda la población, y sobre todo los más pobres, tengan acceso a una alimentación socialmente aceptable, variada y suficiente para desarrollar su vida”*.

En Argentina, la alimentación es considerada un derecho humano y está garantizado en la Constitución Nacional y en las provinciales. Esto permitió generar políticas para superar los problemas de malnutrición, como el Programa Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) creado por Ley N° 25724 que fue adoptado por todas las jurisdicciones.

Sin embargo, en nuestro país, contar con una Ley no garantiza que esta necesariamente se cumpla y que los beneficios de la misma lleguen a quienes más lo necesitan (equidad). Nino (2020) plantea que Argentina es un país al margen de la ley desde sus orígenes, porque no cumple con las normas mínimas de convivencia y, mucho menos, con los grandes mandatos legales. También refiere que se pretende hacer creer que nos faltan leyes, cuando el problema es la falta de cumplimiento de las que tenemos y en demasía.

En este marco, las familias son el punto de análisis más importante, ya que permiten sintetizar los aspectos macro, como lo son el cumplimiento de las leyes y los aspectos micro relativos a la provisión de alimentos adecuados para una buena nutrición.

Es particularmente destacable que, ninguna de las entrevistadas visualiza estrategias para optimizar el uso de sus ingresos y la obtención de menores costos en los alimentos, realizando, por ejemplo con amigas o vecinos, compras colectivas o cooperativas, compartiendo gastos de transporte como serían de taxis o remises para acceder a supermercados mayoristas, estrategias estas que favorecen el uso más eficientes de los recursos familiares, prevaleciendo en los casos de análisis las estrategias individuales que no hacen sino disminuir el acceso a una mayor cantidad y calidad de alimentos.

La accesibilidad económica es discutible porque, como puede observarse, todas las familias relevadas son pobres y una de ellas es indigente.

En este punto debemos destacar que, en esta tesis, contabilicé todos los ingresos del grupo familiar, incluidos los derivados de programas sociales, pero no tomé con valor monetario las prestaciones recibidas por los niños/as en los comedores escolares o comunitarios, lo que tiene incidencia en el presupuesto familiar, pues los valores de las raciones recibidas en estos ámbitos que no deben ser

cubiertos por la familia, liberan y amplían la posibilidad de adquirir otro tipo de alimentos y/o mejorar su calidad.

Por las formas de adquisición de los alimentos en el ámbito del barrio, la disponibilidad de los mismos no está en juego, ya que se consiguen de manera permanente, si puede haber alguna imposibilidad en relación a determinadas marcas o tipo y calidad de los mismos, pero entre mis entrevistadas no surgió esta distinción entre productos de primeras o segundas marcas, no resulta para ellas, un problema mientras puedan acceder a un producto determinado que necesiten.

En cuanto a la disponibilidad de los alimentos y el aporte de las redes familiares y sociales, las respuestas fueron las siguientes:

E1: *“...a fin de mes, cuando no me alcanza mi mamá me ayuda a comprar algunas cosas”.*

E2: *“Algunas veces, cuando nos falta para comprar la comida, mi suegra le da unos dos o tres mil pesos a mi esposo”.*

E3: *“...lo primero que hago es hacer mercadería para la comida de los chicos, además en un kiosco tengo una libretita para las emergencias”.*

E4: *“Llegamos bien a fin de mes con la plata que tenemos”.*

E5: *“Con la plata llegamos a fin de mes con la comida para los chicos”.*

“E6”: *“Con la plata yo la divido en 3 partes, lo primero es para reponer lo del quiosco, lo segundo para la comida de los chicos y lo tercero son los otros gastos”*

Es necesario aclarar que “las libretas o libretitas”, son un sistema de compras a crédito que se realizan generalmente en los negocios de barrio, se anotan en libretas denominadas de almacenero, los alimentos y otros insumos que adquiere la familia, determinándose las unidades y marcas, pero sin establecer su precio, recién cuando se hace la cuenta final, a fin de mes, se pone el precio actualizado al día de pago, pago que frecuentemente es parcial, provocando muchas veces el endeudamiento y la búsqueda de otro comercio para poder comprar las cosas necesarias e indispensables, cuando el comerciante decide no financiar más hasta el pago total, siendo un círculo vicioso de endeudamiento familiar muy extendido en nuestra región.

5.1.8. Configuración de roles familiares

Con respecto al cuidado de los niños/as, 3 de las entrevistadas lo hacen exclusivamente, no desarrollan tareas fuera del hogar. La entrevistada 3 trabaja de portera 3 veces por semana en la escuela del barrio, la 5 realiza actividades de quehaceres domésticos los fines de semanas y la 6 tiene un kiosco en su casa. Salvo E1 que no tiene pareja al momento de la entrevista, el resto de las

entrevistadas tienen parejas estables, donde los varones desarrollan actividades en el mercado informal de trabajo.

En este sentido, Jiménez Benítez y col. (2010) identifican los determinantes sociales de la alimentación y señalan que el género es uno de ellos *“Los roles diferentes entre varones y mujeres hacen que la mujer tenga una sobrecarga de actividades a nivel del hogar, que también puede ser una causal dentro de la desnutrición de alguno de sus hijos/as menores de cinco años”*. Estos datos coinciden con lo expresado por Ortale (2002), donde la mayoría de las entrevistadas entienden que el cuidado de los niños/as les corresponde a las mujeres, porque como los que hacen sus aportes económicos son los varones porque trabajan afuera, datos que también son coincidentes con un estudio realizado por Di Marco, Faur, & Mendez (2003).

5.2. Creencias sobre la desnutrición de las jefas de hogar que tienen o tuvieron a su cargo un niño/a menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica

La creencia, en tanto verdad subjetiva, constituye una convicción que el sujeto considera cierta, lo que determina que la persona no se relacione con la realidad, sino con la representación mental de ella. En mis casos, estamos ante sujetos, los hijos/as y su representación, no es el niño/a en sí mismo lo que la madre es sobre la otra persona, si no la imagen que tiene de él y en cuya formación influyen sus experiencias anteriores.

Seguidamente presento las principales categorías emergentes observadas en el trabajo sobre las creencias de las madres respecto a la desnutrición:

5.2.1. Las madres no perciben el bajo peso del recién nacido como un indicador de desnutrición:

Previo al diagnóstico médico, ninguna de las madres consideró que el bajo peso de su hijo/a era un síntoma de desnutrición, *“ella estaba en NEO del Perrando porque nació con bajo peso, estuvo un mes ahí y otro mes en mama canguro”*, de igual manera las últimas tres entrevistadas refirieron: *“lo traje a control y me dijeron que estaba con bajo peso”*, una de ellas refirió también que le dijeron que estaba en *“riesgo de desnutrición”*. Al respecto de esta categoría, es necesario volver a las características de la representación social según Jodelet (2008), este concepto tiene dos dimensiones: el producto y la acción. En lo relativo al producto, sostiene que las personas le asignan un contenido y le otorgan un discurso al sujeto/objeto, me refiero aquí a la desnutrición en el discurso de las madres, pues aparece la utilización de los términos “bajo peso” o “en riesgo de desnutrición”, como un término menos grave que “desnutrición”; con respecto a la acción, la desarrollaré más adelante en el objetivo 4. En relación a estas respuestas, es interesante lo que postula Ortale (2013) y es que existe dificultad *“en la percepción materna sobre el estado objetivo de salud en niñas y niños con desnutrición”*. En las entrevistas, no se evidencia que las familias hayan detectado la desnutrición

por ellas mismas, no expresan síntomas o signos que hicieran que los llevaran a la consulta curativa, iban a los controles de “niño sano” y recién allí recibieron el diagnóstico de desnutrición.

5.2.2. Los niños desnutridos son chiquitos, flaquitos y quietos.

La primera entrevistada (E1) dijo refiriéndose a sus hijos/as desnutridos que “*los dos eran más chiquitos y flaquitos*”. En su caso, su hija mayor nació con bajo peso y estuvo internada durante dos meses en el servicio de neonatología del Hospital Perrando y el niño más pequeño también está actualmente desnutrido, en tanto segundo es normal. La E2 relató que “*yo lo veía muy quieta, más flaquita y, por ahí, como que estaba eléctrica, nerviosa, el papá no la veía desnutrida*”, la hija desnutrida es la más pequeña de las tres niñas, los episodios narrados por la madre podría haber estado relacionado con problemas neurológicos que se presentaron durante la pandemia, donde las derivaciones a los centros de mayor complejidad estaban colapsadas por la atención de casos de COVID, sin posibilidad de asistir a controles. Por su parte E3, narró que su hijo: “*estaba muy flaquito, lloraba todo el día y estaba prendido de la teta*”, en este caso hay una diferencia etaria importante entre los hijos y la madre se replanteaba en alguna parte de la entrevista si no era muy “*grande*” para darle el pecho y la leche no era “*adecuada*” para alimentarlo; por su parte E4, refirió que “*había mucha diferencia con la hermana, él estaba más flaquito, no comía nada, estaba muy quieto*”, la E5 refirió que “*la diferencia es que este es más chiquito y come muy despacio, el papá si se dio cuenta antes, lo vio muy flaquito*” y finalmente E6 refirió que “*es más flaquito, se quedaba sentado con la mirada lejos; como que no crece completo*”. Estas creencias también fueron observadas en otros trabajos como un trabajo de investigación cualitativa realizado en Uruguay por Foti (2019).

La representación social, por tanto, no es sobre el niño/a, sino como ven las madres a sus a hijos/as. Estos aspectos subjetivos se constituyen como categoría de borde entre la subjetividad materna, que no es de un orden meramente individual, sino que es aquello que se produce asociado a las condiciones particulares en que se da la reproducción de los sujetos en un tiempo histórico y en un espacio social. La subjetividad no es un proceso que emerge como un reflejo de los procesos económicos- sociales-educativos, en este caso de las madres cuidadoras de estos niños/as. De igual manera, la respuesta del sistema de salud está esta influida también por lo expuesto previamente, en párrafos precedentes, me refiero al Modelo Médico Hegemónico Laurell, (1982) Menéndez, (1982), el que considera que la salud se restringe fundamentalmente a los aspectos biológicos del sujeto, afirmando que estar sano/a es no estar enfermo/a, asumiendo, por ende, una postura claramente reduccionista, ahistórica y atemporal del proceso salud enfermedad. Este enfoque reduccionista se observa en las respuestas del equipo de salud, ya que a 4 de las entrevistadas cómo única explicación a lo que le ocurría al niño/a, era que “*solo tenía que traerlo a control y le dieran más leche*”, a otra le dijeron que le dé “*más lentejas*”, una de ellas relató que vio “*... un afiche en el Perrando donde*

estaba ese dibujo del plato y los alimentos y me quedó grabado”, pero nadie le había explicado adecuadamente cuáles eran las medidas que debía tomar respecto a la desnutrición del niño/a.

A este respecto Ortale (2002), señala que, dentro del Modelo Médico Hegemónico, un comportamiento medicalizado y la desnutrición se encuentra dentro las prácticas médicas. Se realizará a través de una intervención biologicista e individual, en la que las personas son objetos de ese saber y deben cumplir con las normas establecidas técnicamente, dejando de lado sus propias creencias y valores personales.

5.2.3. Petisitos, gorditos pero desnutridos

Entre los niños/as desnutridos/as había mayores de 2 años, la relación más adecuada para la valoración de la desnutrición en ellos es la de talla/edad, teniendo en cuenta eso, incorporé la pregunta *¿Algún chico/a mayor que es petiso y gordo puede ser desnutrido?* y obtuve las siguientes respuestas:

E1: *“Un chico petiso y gordo es desnutrido porque esta anémico, es que le falta algo en la sangre”*.

E2: *“Sí, puede ser desnutrido y esta anémico, le falta hierro”*.

E3: *“Sí, puede ser desnutrido, tener panza y estar anémico, que le falta hierro y vitaminas”*.

E4: *“No, alguien petiso y gordo no es desnutrido, le falla algo del metabolismo”*.

E5: *“Sí, por lo que vi en los videos, y le faltan minerales”*.

E6: *“Sí, porque la panza puede ser que tenga parásitos y eso hace que pueda estar anémico, que le falte hierro”*.

Salvo la entrevistada 4 que dice que no puede ser desnutrido/a, pero puede tener problemas de metabolismo, el resto considera que un niño/a de baja estatura y con sobrepeso puede ser desnutrido/a, por lo que hay una coincidencia entre esta creencia, o conocimiento popular entre las madres entrevistadas.

Lo que aparece como coincidente entre las representaciones es que las mujeres identifican el fenómeno de la desnutrición como algo externo a la problemática de sus hijos/as, ninguna referencia a la situación concreta de sus hijos/as con algún grado de desnutrición.

Maya (2007), en una investigación, demostró que la totalidad de las entrevistadas no asociaba la baja talla y el estar gordito/a con la presencia de desnutrición hasta que el personal de salud se lo informó. Algunas madres se quejaban de que el personal de salud las quería ver gordas y grandotas, cuando toda la familia eran pequeños y delgados. Un dato importante que destaca este autor es que la mayoría de las entrevistadas tenían una falta de referencia a la desnutrición como problema grave para sus hijos/as, hasta que participan en actividades de educación sanitaria.

5.2.4. El guiso es más saludable

Respecto a quién les enseñó a cocinar, las entrevistadas indicaron que sus madres y que todas refieren que le expresaron que el guiso era la mejor comida para la familia, por eso les pedí que me explicaran por qué el guiso era mejor para el niño/a que otras comidas.

E1: *“mi mamá me enseñó, a los 12 años, que el guiso es la mejor comida para la familia...El guiso es más completo, lo alimenta más y tiene cosas más ricas.”*. E2: *“El guiso es nuestra comida, porque tiene más cosas buenas”*. E3: *“...porque es más espeso, tiene más vitaminas que están en las verduras, en el zapallo, la papa, zanahoria y es más fortachón”*. E4: *el guiso es más nutritivo porque tiene carne y verduras, todo junto es más consistente”*. E5: *“...el guiso es la mejor comida, porque tiene más cosas nutritivas como las verduras”*. E6: *“...porque tiene más alimentos, como la carne y las verduras”*.

El concepto de representaciones sociales alude a los conocimientos adquiridos y compartidos socialmente en base a las experiencias, de informaciones y conocimientos, transmitidos por la cultura, la escuela y los medios de comunicación. En el caso de las entrevistadas, surge la creencia de que el guiso es la mejor comida, idea que se trasmite de generación a generación. Estos datos demuestran la importancia que tienen los soportes subjetivos y creencias previas de las madres, por lo tanto, la desnutrición podría ser la resultante de un orden complejo de relaciones entre factores culturales, sociales y ambientales. Incluyendo la calidad de los alimentos hasta situaciones que tienen que ver con la realidad de la familia y, fundamentalmente del vínculo con la madre, sobre todo, en sus primeros años de vida.

En un trabajo realizado en Perú, Gamarra-Atero, Mayra Porroa, & Quintana-Salinas (2010) reconocen que se conoce poco sobre los porque se realizan ciertas prácticas alimentarias, los autores citan un trabajo de Costa Rica, Murillo S, Brenes (1985) en el que la mitad de las madres tenían algunos conocimientos básicos sobre los aportes de las proteínas, hidratos de carbono y las grasas, la otra mitad tenía confusión con los conceptos. El 81% de las mujeres respondieron correctamente sobre los períodos de la lactancia materna, en este porcentaje, las mujeres contestaron que la alimentación propuesta por los equipos estaba en segundo lugar con respecto a la sopa y los guisados.

La importancia de estas creencias radica en que no sólo son parte de las ideas o el pensamiento maternos, sino que se ponen en manifiesto en la vida práctica de las madres al momento de decidir cómo alimentar a sus hijos/as.

5.2.5. Sentimientos ante el diagnóstico.

En mis entrevistas pregunté cómo se sintieron cuando les dijeron que sus hijos/as estaban desnutridos/as y obtuve las siguientes respuestas:

E1 refirió que: *“me dio un bajón, me sentí muy mal como mamá”*. El término *“bajón”* es usado en Argentina para referirse a falta de ánimo, depresión, o en algunos casos disminución del estado de salud. Por su parte E2 refirió que: *“nos sentimos muy mal, en casa hay comida, pero ella no come”*. E3 relató: *“me sentí muy mal como mamá y entre a pensar que, si era que le daba la teta nerviosa, o que ya al tener 31 años mi leche no era buena, mi esposo también se sintió mal”*. E4: *“sentí una gran frustración, igual que mi marido, porque no entendíamos que pasaba”*. E5: *“Con mi marido, los dos nos sentimos muy mal, yo como madre me sentí muy mal porque pensaba que no sabía darle de comer”*, y, la última entrevistada, E6 refirió *“...los dos nos sentimos muy mal porque no crecía bien, yo me ponía a llorar todo el día”*.

Si bien todas aceptaron que saben cocinar, que aprendieron en la adolescencia y luego siguieron aprendiendo por su cuenta, viendo televisión o videos, que el que *“el guiso era la mejor comida”*; ellas afirman estas ideas para aseverar que han cumplido con esta creencia/mandato familiar para la alimentación de la familia y, en especial, a los niños/as. Pero en algún momento, cuando aparece el diagnóstico de desnutrición de uno de sus hijos/as, este hecho les genera frustración y sentimientos de *“malas madres”*, como relataron varias de ellas.

Ortale (2002) señala que varias de sus entrevistadas que tenían niños/as eutróficos atribuían la desnutrición a la mala alimentación por descuido materno, porque el cuidado de los niños/as es fundamentalmente responsabilidad de la madre.

Juárez (2006), en su trabajo con poblaciones originarias de Guatemala, refiere que el significado social de la nutrición y el modelo de prácticas que esos modelos implican es esencialmente materna, esta feminización del cuidado de los niños/as determina que la desnutrición sea considerada un fracaso de la mujer en este rol de madre y esposa, en definitiva, tener un niño/a desnutrido/a es ser *“mala madre”*. Los reclamos frecuentes son: la poca dedicación a los hijos/as durante la comida, no tener en cuenta la cantidad de veces que debe comer un niño/a, no saber dar el pecho, darle leche incompleta, se refiere que le da muchas veces por día o porque es muy vieja para hacerlo. A pesar de ser de dos culturas muy distintas, estas respuestas son similares a las expresadas por E3, *“entré a pensar que, si era que le daba la teta nerviosa, o que ya al tener 31 años mi leche no era buena”*, que sería similar a tener una *“leche incompleta”*, por su parte, E5 se sintió una *“mala madre”*.

Para analizar la creencia de qué significa ser madres en el mundo occidental, me baso en el trabajo de Visa Barbosa & Crespo Cabillo (2015), quienes realizan un recorrido histórico sobre la representación materna desde la época moderna a la actualidad, parten de las dos imágenes originales de las que se construye esta representación, son la Virgen María, para la religión católica, y el Ángel del Hogar de las sociedades anglosajonas, (la Reina Victoria). La Virgen María es una imagen

iluminada sin sombras, es una visión totalitaria y esto perjudica a las mujeres, porque para ser como ella, hay que ser mujer, madre y esposa sin sombras en ninguno de los planos.

En el mundo anglosajón, se agrega que tiene que ser un ama de casa perfecta, siendo la Reina Victoria el estandarte de esta figura que es sostenido por una moral rígida y un costado de rendimiento económico. Este estereotipo era que la mujer debía servir al proveedor de la casa y cuidar a los hijos/as, su lugar era secundario al de ellos, como también lo expresa Di Marco, Faur, & Mendez (2003).

En lo complejo de estos discursos que parten de una Virgen y un Ángel, puede observarse que la maternidad es algo santo y genera una mística muy profunda. A esta representación victoriana de la maternidad, durante el siglo XX con el crecimiento del psicoanálisis y el aporte de Piaget en la educación, aumentaron la responsabilidad de las mujeres en el cuidado de la salud mental de sus hijos/as.

En general, los medios de comunicación han reforzado y estereotipado el rol materno de la mujer, la globalización y la aparición de las redes sociales permitieron a muchas mujeres tener acceso a estrategias para la crianza de sus hijos/as como lo manifiestan las entrevistadas mediante You Tube, programas de Tv por cable o a través de las redes que se convierten, en muchos casos, en una herramienta para conocer y aprender cosas necesarias para su vida cotidiana.

Respecto a las creencias Diez Patricio (2017), sostiene que: *“a diferencia de las ideas-ocurrencias, son ideas ya asumidas por la sociedad y con las que el sujeto en su desarrollo se encuentra y adopta como interpretación de la realidad., la creencia supone una expectativa de actuación por parte del sujeto creyente, pues lo dispone a actuar de determinada manera”* *“...el sentimiento de certeza o convicción está implícito en la creencia; es más, constituye una prueba de la existencia de la creencia”* *“.... las creencias se infieren no se observan”*, pero como se contempla en este trabajo, condicionan fuertemente la conducta humana, en este caso la materna. Todas se sintieron frustradas en su rol materno y, aun cuando algunas compartían sensaciones con sus parejas, todas asumían el peso de la responsabilidad en la desnutrición de sus niños/as por no ser buenas madres, no saber alimentar y no poder amamantar eficientemente.

Desde esta perspectiva, al considerar a las personas como sujetos activos y portadores de derechos, investigar la nutrición debe, necesariamente, incorporar las variables de tipo subjetivas y las representaciones sociales que las familias tienen sobre su salud y enfermedad y, en particular, sobre la desnutrición de sus niños/as.

5.3. Que conocen sobre la desnutrición las jefas de hogar

5.3.1. Aprendizajes en la preparación de los alimentos

Para conocer estos procesos, les pregunté si creían que sabían cocinar y quién les había enseñado.

E1: *” Sí, sé cocinar, lo que más me gusta es hacer guisos, también pizzas y puedo hacer marineras... ”.*

E2: *”Sí, sé cocinar, aprendí sola mirando la tele, la mejor comida es el guiso”.* E3: *”Sé cocinar, me gusta mucho, mi mamá me enseñó hacer el guiso, que es la mejor comida, tendría 12 o 13 años”.*

E4: *”Sé cocinar, no muchas cosas, pero me las arreglo, mi mamá me enseñó a los 13 años recetas caseras, pero que el guiso era lo mejor”.* E5: *”Sé cocinar, lo básico, pero me las rebusco, mi mamá me enseñó, era chica creo que 12 o 13 años recetas de comidas caseras, pero que el guiso es la mejor comida”.* E6: *”Sí, sé cocinar y me gusta, siempre estoy buscando cosas nuevas, mi mamá me enseñó, lo básico, a los 13 años me enseñó que la sopa y el guiso son la mejor comida”.*

Kral, TV, Ravh, EM (2010), citada por Black & Creed-Kanashiro, (2012) señala que el papel de la familia en el aprendizaje es fundamental en lo nutricional, pero los aportes están más bien centrados en la dieta y se presta poca atención a los aspectos relacionales entre los niños/as y las cuidadoras, las autoras enfatizan que estas relaciones establecen, el “qué”, “cómo” y “cuándo” comen los niños/as, se parte desde las creencias y patrones culturales, pasando por la accesibilidad y disponibilidad de los alimentos. Datos similares a mi trabajo han sido observados por Huergo (2017), quién en su investigación refiere que las mujeres de Villa la Tela también aprendieron viendo cocinar a sus madres a la edad de 12 o 13 años.

Un aspecto importante relacionado con los aprendizajes está relacionado con el bienestar, que es un aspecto subjetivo pero que se transmite culturalmente, ese aspecto influye en los procesos de compra, selección y consumo de los alimentos, como refieren Denegri Cordoba, Castaño Cano, Schnettler Morales & Vivallo (2016), que identifican el gusto de los alimentos con el bienestar que es transmitido culturalmente, que esta muy ligada a las sensaciones, olores, sabores durante los aprendizajes de cocinar o comer, que se refleja en mis entrevistadas, cuyas madres les enseñaron a cocinar y que el guiso es la mejor comida para la familia. Los/as autores/as al analizar los patrones alimentarios exploraron dentro del concepto de socialbilidad lo que entendían los/as entrevistados/as y la mayoría respondió que era comer en familia, los ingredientes de las comidas y los tiempos de cocción.

En este sentido, hay respuestas que coinciden con lo expresado por la E 4 de Villa Don Andrés, *”el cariño se demuestra cocinando, pero a veces hay que ser práctica, cuando llego más tarde de la escuela hago una milanesa que los llena y les gusta”.* Es importante también los estilos de alimentar a los niños/as, que son muy variables en contextos familiares y sociales.

Huergo (2017) en parte de su investigación muestra que los estilos de cocinar y alimentar a las familias no sólo depende de los conocimientos de los actores, sino también son muy importantes los

aspectos del bienestar y los gustos, que las mujeres refieren a “*darse un gustito*” que sería comer cosas que dicen que son chatarra, pero les da una satisfacción. Esto es coincidente con lo expresado por mis entrevistadas, en general, coinciden que los fines de semana al comer todos juntos con los esposos y los hijos/as, pueden comer milanesas, hamburguesas y papas fritas, darse un gustito dijo la primera entrevistada.

5.3.2. Ingredientes del guiso y la sopa

Ante la coincidencia que el guiso es la mejor comida, les pregunto cómo lo preparan cada una de las familias.

E1: “*Las verduras son importantes: zapallo, papa, morrón y batata*”, también la carne le pongo pollo, carcaza o alitas porque es más barato, nos gusta más el fideo que el arroz”. E2: “*fideos tirabuzón o moñito, verduras, papas, morrón, batata, tomate al natural y salsa de tomate, le ponemos carne de vaca cuando podemos en general usamos pollo, alitas y carcaza, porque es más barato*”; E3: “*muchas verduras porque tienen vitamina, papa, batata, morrón, zanahoria y nos gusta la carne de vaca, pero esta carísima, entonces le pongo pollo trozado, uso el fideo porque los llena más*”. E4: “*las verduras como el zapallo, zanahoria, papa, batata, morrón, tienen muchas vitaminas, carne de vaca, faldita, o pollo trozado y nos gusta más el fideo*”. E5: “*las verduras le pongo casi todas, zapallo, papa, batata, morrón, zanahoria, carne de pollo, carcaza o alitas, usamos fideos porque rinde más*”. E6: “*la sopa es mejor porque le pongo más cosas sobre todo las verduras que tienen hierro y vitaminas, papa, batata, morrón, zapallo, zanahoria, carne de pollo, trozado, porque es más barato fideos moñito y porque rinden más*”.

De las respuestas dadas se puede observar que todas cocinan con los mismos alimentos básicos las verduras, la carne y fideos o arroz, y les dan importancia a las verduras porque consideran que aportan vitaminas y minerales. El problema está dado por los costos de las proteínas, la carne de vaca sería la preferida, pero tienen que restringirla por el elevado costo de estos cortes, aún los más baratos y utilizan los cortes de pollo (alitas y carcaza) que son los más accesibles.

Del análisis de las respuestas, se infiere que se encuentran en una situación de inseguridad alimentaria moderada, porque la cantidad y calidad de los alimentos que utilizan para la preparación de los alimentos a su niño/a se encuentran comprometidas por la falta de ingresos Vildoso Fernández, Rodríguez Osiac, & Weisstaub, (2020) expresan que la inseguridad alimentaria se refiere al acceso y disponibilidad de los alimentos limitados por los recursos con los que cuentan las familias para su compra, en mis entrevistadas, esto se observa que utilizan cortes económicos de carne de res y de pollo y prefieren los fideos al arroz porque llenan más y son más económicos.

Rivera Vázquez (2019), en su trabajo en Chimbonazo Ecuador, muestra que, en la mayoría de las familias entrevistadas, utilizaban en la alimentación de los niños/as mayores hidratos de carbono, con muy poca o casi nula presencia de verduras y frutas, que es coincidente con lo expresado por mis entrevistadas, ellas usan papas y batatas que son también del grupo con más hidratos de carbono y pocas verduras de hojas, ninguna refirió el uso de frutas en las comidas.

Ros (2016) trabajó sobre la recuperación de niños/as desnutridos/as menores de 5 años, en la mayoría de las respuestas, las mujeres que eran responsables de esta alimentación respondieron que cocinaban para todos/as por igual, preparados en base fundamentalmente de hidratos de carbono, como arroz y fideos, destacando también errores importantes en la cantidad y calidad de los nutrientes aportados, exceso de hidratos, falta de proteínas y vegetales. Una situación distinta observé en mi entrevistada, que salvo 2 que invertían la cantidad de vegetales por los hidratos de carbono, el resto distribuía adecuadamente los nutrientes.

Hernández Escalante & et al (2014), en un trabajo con población maya, demostró que la mayoría de las entrevistadas reconocía que hacen una comida diaria (almuerzo) con sus hijos/as y que todos/as comen lo mismo, algunos a partir de los 6 meses y otros cerca del año, algunas de las entrevistadas ven como negativo la incorporación temprana (6 meses) a la mesa familiar porque puede ser peligroso para los niños por el acceso a alimentos no bueno para ellos.

5.3.2. Proporciones de nutrientes en el guiso

Para identificar los conocimientos de las mujeres sobre los nutrientes de los alimentos, en una de las entrevistas lleve un plato playo de tamaño normal dividido en 3 partes, (ver imagen Anexo 2) y les pedía a las madres que me indicaran cómo colocaban las verduras, las proteínas y los hidratos de carbono.

E1: " en la parte más grande van las verduras, en los otros dos, fideos y la carne ". E2: " en la parte más grande van los fideos, en las más chicas la carne y las verduras ". E3: " en la parte más grande van las verduras, en las otras dos los fideos y la carne ". E4: " en la parte grande van los fideos, en las otras las verduras y la carne ". E5: " en la parte grande van las verduras, en las otras dos los fideos y la carne ". E6: " en la parte grande van las verduras, en las otras dos los fideos y la carne ".

Salvo E2 y E4, que colocan a la inversa las proteínas y los hidratos de carbono, el resto lo hacen adecuadamente. Seguidamente les pregunté de dónde habían obtenido esa información, ella me contestó que vio un afiche en el Hospital Perrando y se le quedó grabado, el resto que contestó que no recordaban donde lo habían aprendido.

Sedano León (2017) sostiene que la mayoría de las madres tienen escasos conocimientos sobre la relación entre anemia y desnutrición y como mejorar esto con la alimentación. Arias Pérez & et al (2016) refieren que la mayoría de las madres muestran algunos conocimientos sobre las proporciones de los nutrientes de la alimentación de sus hijos/as, pero luego se muestran indiferentes al tratar de usar esos nutrientes y persisten en prolongar la lactancia materna y usar otros alimentos no saludables, lo que demuestra cómo el sujeto articula sus creencias versus sus conocimientos personales.

Barboza Vásquez, Malca Saavedra, & Mendoza Sánchez (2014) muestran que los conocimientos de las madres entrevistadas es regular o malo en el 80% de los casos, sobre la composición de los alimentos saludables y la forma de prepararlos, sostienen que lo más preocupante es que estas mujeres concurren a talleres de capacitación brindado por el equipo de un centro de salud, lo que no se nota al evaluar las respuestas brindadas a las autoras de la investigación.

5.3.3. La comida chatarra es mala.

Presento a continuación las respuestas de las entrevistadas respecto a qué considera que son las comidas “chatarra”.

E1: *“la comida chatarra, milanesas, papas fritas son malas porque tienen mucha grasa, esto produce obesidad, que vendría ser al revés de la desnutrición”*. E2: *“la comida chatarra, las frituras son malas porque tienen mucha grasa”*. E3: *“la comida chatarra, milanesas, fritos, hamburguesas son malas, porque engorda y no te alimenta, pero te saca de apuro”*. E4: *“los fritos, lo que ahora le dicen comida chatarra, tratamos de no comer mucho de eso, pero mi marido quiere la milanesa frita”*. E5: *“la comida chatarra para mi es comida seca, los chicos tardan más en comer y le hace mal al estómago”*. E6: *“las comidas secas, que son la que le dicen chatarra, las pizzas, hamburguesas, milanesas, te llenan, pero no te alimentan”*.

El término chatarra aparece, por primera vez, en Estados Unidos en 1951 (De Innocentis, 2022), para definir a los alimentos grasos y poco saludables, con aumento de productos industrializados, comprenden a *“todos aquellos alimentos, en su mayoría industriales y altamente procesados, caracterizados por un valor nutricional reducido y por una alta presencia de calorías, colesterol, grasas saturadas, azúcar blanca refinada, sal y harina blanca, así como aditivos, colorantes y conservantes químicos”*. Dentro de estos se encuentran las hamburguesas, los “panchos”, las papas fritas las bebidas colas, los dulces, los cereales.

Bonvecchio Arenas, Blanco García & Carreto Rivera (2011) muestran, en su trabajo, que la mayoría de las entrevistadas consideran que lo mejor son las comidas caseras y que la comida chatarra es mala porque engorda y no nutre porque contienen mucha azúcar, harinas y químicos. Denegri

Córdoba, Castaño Cano, Schnettler Morales & Vivallo (2016), en las preguntas sobre patrones alimentarios, identificaron la preocupación por la propia salud de los entrevistados que expresan, que hay que evitar las comidas con grasas y fritos porque hacen mal, engordan y enferman. Que es coincidente con lo expresado por mis entrevistadas. Todos estos están entre los factores de riesgo para la presentación de enfermedades metabólicas que son precursoras de los problemas cardiovasculares y la diabetes, principales causas de muerte en todo el mundo

En un estudio realizado por Fernández Soto y col (2017), los autores exploraron los problemas metabólicos de los lípidos en niños/as desnutridos/as porque estos trastornos aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes en la adultez. El metabolismo lipídico esta alterado en forma importante en los desnutridos. Concluyen que: *“las investigaciones actuales demuestran que niños/as con desnutrición aguda presentaban un aumento tanto de los triglicéridos, como del colesterol de las lipoproteínas de muy baja densidad con disminución del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad.”*

Por su parte, Larry (2013) refiere que el término es inadecuado porque lo que falla es el plan nutricional, no los contenidos en grasas, hidratos de carbono de los alimentos que se pueden consumir en algunos momentos. Pero seleccionar estos alimentos tiene consecuencias sobre la salud a mediano plazo, está comprobado que, a medida que se consumen más de estos alimentos, se dejan de ingerir vitaminas y minerales que favorecen una mejor alimentación. Un punto importante es la publicidad que invita a comer estos productos que son sabrosos y causan satisfacción al hacerlo.

La denominación de que la comida chatarra es *“comida seca”* (expresadas por dos entrevistadas), llama la atención porque conceptualizan adecuadamente ese tipo de preparación de los alimentos, en este sentido, Rosales Hernández, Torres Monge & Tremiño Quesada (2017) citan estudios realizados en el Hospital Monte Sinaí sobre las comidas secas, que ellos consideran a las comidas asadas, fritas u horneadas, las que producen sustancias denominadas productos finales de glicación avanzada (PFGA) que producen complicaciones metabólicas que afectan al riñón y al páncreas. La conclusión es que el cambio de dietas bajas en PFGA es importantes para prevenir enfermedades renales y/o crónicas y mejorar la calidad de vida de estas personas. Datos que, por cierto, son coincidentes con los encontrados por Fernández Soto, Quintero Nieto, Troya Ortiz, Arráiz de Fernández & Romero Adrián, (2017), en lo relacionado con el metabolismo lipídico de los niños/as desnutridos/as.

Obviamente que mis entrevistadas no tuvieron acceso a este tipo de publicaciones, pero su denominación certera de *“comida seca”* coinciden con estos ensayos clínicos que muestran que comer comidas asadas, fritas o al horno en exceso producen problemas metabólicos, en este caso coincide su saber popular con trabajos de investigación científica.

A pesar de identificarlas como comida “chatarra”, las mujeres lo refieren a que las consumen los fines de semana cuando pueden estar todos juntos, porque los maridos están presentes en el almuerzo y lo visualizan como “darse un gustito”, como lo expresa E1, que algún fin de semana se da el gusto y prepara una marinera, o como E3 que, los fines de semana, comen alguna hamburguesa con papas fritas. E5 dice que, para su esposo, las milanesas tienen que ser fritas y ellos comen así el sábado o domingo. O E6 que dice que eso los llena a los chicos/as, pero que no se los da muy seguido porque le hace mal al estómago, lo que coincide con el trabajo de Huergo (2017), el que señala la “ambivalencia de la comida chatarra es rica pero negativa para el organismo”. Ella intenta mostrar, en su trabajo, que las familias pobres, si tienen cocina y no solo lo hacen para subsistir, como se cree prejuiciosamente, desde otros grupos sociales de más altos ingresos.

5.3.4. Causas y consecuencias de la desnutrición

Con respecto a qué causaba la desnutrición y cuáles son las consecuencias para los niños/as por padecer este problema de salud, las madres respondieron lo siguiente.

E1: *” Porque los chicos no comen bien, que no comen lo suficiente, debe haber algo más pero no lo sé, les puede pasar, que se mueran, porque le fallan las defensas y se mueren de muchas cosas raras, sino se mueren, quedan como discapacitados, porque el cerebro no les funciona bien ”*. E2: *“Porque no comen bien, la consecuencia es que se pueden morir porque no tienen defensas, sino se mueren pueden quedar discapacitados”*. E4: *“La causa es del metabolismo, por intolerancia algunas cosas, y no tienen suficientes minerales y vitaminas, que están en las verduras y esto hace que le fallen las defensas, las consecuencias son que se mueren por esas enfermedades. Sino se mueren, no crecen bien y el cerebro no se desarrolla”*. E5: *“La causa es que no comen bien y le fallan las defensas y se enferman muchas cosas, se pueden morir de eso, sino se mueren les complica la vida de más grande”*. E6: *“La causa es la mala alimentación y alguna otra cosa que no la tengo muy clara, sino se tratan se mueren de enfermedades raras, si no se mueren quedan retrasados y se les complica la vida con los otros chicos de su edad que le hacen acoso escolar”*.

Para comprender mejor las respuestas de las madres, hay que profundizar el tema de la causalidad en la salud, que siempre fue objeto de discusiones y cambios de paradigmas a lo largo de la historia. Conforme al marco teórico precedente, las respuestas de las madres demuestran que entienden el fenómeno de la desnutrición de sus hijos/as desde una visión unicausal, que coincide con lo que la mayor parte de la población entiende en cuanto al proceso salud enfermedad.

En el modelo “Unicausal” la salud/enfermedad, es resultado de la agresión externa de agentes microbianos y de la respuesta del individuo denominada “susceptibilidad”, para cada enfermedad se trataba de identificar un agente causal, con este modelo se lograron erradicar las enfermedades infectocontagiosas con el manejo de los antibióticos (Gil,2003; Frenk, 2010).

Reconocen como causas: no comer bien, no comer lo suficiente, amamantar mal o deficientemente, los problemas de metabolismos, la falta de vitaminas y minerales, porque le fallan las defensas y, en general, coinciden en la causa “mala alimentación”. En tanto en lo relativo a las consecuencias, señalan como posibilidad, la muerte, la discapacidad, que el cerebro no les funcione bien, falta de crecimiento, falta de desarrollo cerebral, complicaciones en la vida de más grandes, quedan retrasados y se le complica la vida con otros chicos/as que le hacen bulling, evidenciando, en estas últimas, respuestas graves consecuencias para las relaciones con sus pares y la sociedad.

Para completar estos conceptos pregunte ¿Dónde aprendiste sobre la desnutrición?

E1: *“Con el más chico comencé a mirar videos de YouTube, pero los dejé de ver porque no entendía lo que decían, porque hablan raro los mejicanos”*. E2: *“Aprendí yo sola mirando la tele, canal 9 de Resistencia y el 7 (Televisión Pública), no tengo celular y no se eso de las redes sociales”*. E3: *“Esas cosas las aprendí sola, mirando la tele (cable) y videos de Facebook, los de YouTube no los miro porque muestran lo de África y me da miedo”*. E4: *“El resto de las comidas las aprendí yo sola, primero viendo la tele (cable) y ahora videos de YouTube y Facebook”*. E5: *“Yo aprendí lo básico mirando algo de tele, pero ahora solo miro novelas turcas, veo algunos videos de Facebook que son mejores”*; E6: *“Aprendí sola mirando la tele Canal 9 de Resistencia y ahora con el celular videos de YouTube y Facebook”*.

Es indudable que los medios de comunicación y las redes sociales, desde la globalización, influyen significativamente en las comunidades en todo el planeta, analizo a continuación, algunos trabajos sobre el impacto de los medios al transmitir noticias.

Mejia, Garay-Rios, Garay-Rios & Enriquez-Anco (2020) realizaron un estudio transversal observacional, mediante 3493 encuestas virtuales en todas las ciudades importantes del Perú, sobre la exageración y el miedo que transmitían los medios de comunicación y las redes sociales, como lo expresa la entrevistada 3, respecto a que no mira lo de *“YouTube no los miro porque muestran lo de África y me da miedo”*.

En su caso, estas mujeres utilizaron la televisión y las redes como un modo de conocer e informarse sobre la desnutrición de sus hijos/as, para aprender sobre alimentos saludables y, también, para aprender a cocinar, sintiendo temor por cierto tipo de publicaciones o imágenes que reflejaban casos de desnutrición de extrema gravedad, por lo que dejaron de ver este tipo de material y también otros porque les resultaba dificultoso entender por los giros del idioma, como en el caso de programas mexicanos.

5.3. Modos de actuación sobre la desnutrición de las madres

En párrafos precedentes, me centré en el análisis de las creencias y conocimientos que tenían las madres con niños/as desnutridos/as y, también, que sentimientos le despertaban la situación de desnutrición que tenían sus pequeños/as hijos/as, siguiendo con la concepción Jodelet sobre representaciones sociales reflexionaré seguidamente sobre cómo actúan y que respuestas obtuvieron.

5.4.1. Estrategias de reproducción social del grupo familiar

Las entrevistadas reconocen que realizan todas sus compras en el barrio, porque a pesar de que los precios son superiores a los de los mayoristas o hipermercados de la ciudad de Resistencia, tienen dificultades para poder llegar con el transporte público con la mercadería. Es por eso, que identifican que compran segundas marcas, pero que son accesibles también por el precio, al respecto relataron lo siguiente:

E1: *“compro la carne, la fruta y las verduras en el barrio, las otras cosas voy con mi papá al mayorista que está cerca”*. E2: *“compramos la carne y las otras mercaderías en el barrio, las frutas y verduras las trae mi marido de su trabajo que le dan”* (se refiere a un mercado frutihortícola). E3: *“compro todo en el barrio, la carne, las verduras y todos los otros alimentos”*. E4: *“compro todo en el barrio, aunque parece más caro, no puedo ir al centro para comprar y que me rinda”*. E5: *“compro todo en el barrio porque tengo solo una motito y no puedo ir al centro a comprar”*. E6: *“compro todo en el barrio, es más fácil, porque comprar muchas cosas es difícil traerla en el colectivo y los remisse son muy caros”*.

Estas respuestas nos sitúan en la perspectiva de tener que postular al barrio como un espacio en insularización, que desde la conceptualización de Fournier y Soldano (citados en Soldano, 2008), este fenómeno es definido como:

Problemas de acceso al empleo y de consecución de ingreso, baja capacidad de consumo de bienes alimentarios y no alimentarios, graves problemas de traslado hacia sitios extra barriales (tanto para hacer uso de servicios sanitarios y educativos como para dedicar tiempo al esparcimiento) son sólo algunas de las dimensiones de las experiencias en estos territorios. [...]. La posibilidad de resistir - individual, familiar y colectivamente- en un contexto de creciente adversidad sistémica se encuentra circunscripta al interior del barrio. La dificultad para salir en busca de recursos transforma al espacio barrial del ámbito de lo familiar y conocido al ámbito de lo posible; no obstante, la drástica reducción del espacio circundable sólo resuelve al mínimo los problemas de ingreso y de consumo.

El barrio es un espacio en el cual se combinan la acción de distintos factores estructurales que poseen una gran capacidad para condicionar la accesibilidad de sus pobladores a otros espacios (u otros barrios) y donde se producen, además, toda una serie de procesos que influyen en la vida cotidiana

de sus habitantes, determinando restricciones en su capacidad de consumo de bienes alimentarios y también no alimentarios.

En este sentido, Gutiérrez (2007) desde la perspectiva de Pierre Bourdieu, sostiene que los seres humanos generan un conjunto de diferentes prácticas a través de las cuales los sujetos y sus familias, ya sea consciente o inconscientemente, tienden a conservar o aumentar su patrimonio, estas estrategias constituyen la reproducción social y tienen grados de maniobra que están dadas por determinados factores externos, como la pobreza, estas estrategias se reproducen o perpetúan las relaciones sociales desiguales vigentes.

Según la misma autora, las estrategias dependen de varios factores: a) el estado de los instrumentos de reproducción, una de las dimensiones es la geográfica, a qué distancia viven las familias de las fuentes de origen y distribución de los bienes y servicios. b) la real distancia a los bienes, esto es la accesibilidad a los mismos.

De igual manera la familia y por ende el niño/a como emergente de esa relación vincular, funciona como “cuerpo” como unidad para reproducirse y como “campo” son un conjunto de relaciones, internas entre los miembros y externas con el contexto físico y social, las dos dimensiones configuran para la autora “el capital social de las familias”. El capital físico es tangible, el humano ya menos porque incorpora las habilidades y destrezas adquiridas por las personas o las familias, el social menos porque incorpora las relaciones entre personas fuera del ámbito familiar, lo que puede observarse en la respuesta de las madres:

E3: *“lo primero que hago es hacer mercadería para la comida de los chicos, además, en un kiosco tengo una libretita para las emergencias”*. E5: *“con la plata llegamos a fin de mes con la comida de los chicos”*. E6: *“. con la plata yo la divido en 3 partes, lo primero es para reponer lo del kiosco, lo segundo para la comida de los chicos y lo tercero son los otros gastos”*.

Todas las entrevistadas respondieron que todos comen lo mismo, el guiso en el almuerzo y cena, y las que reciben mayor cantidad de leche en el sistema sanitarios lo usan para todos los niños/as y no, exclusivamente, para el desnutrido/a como indica la norma gubernamental.

Las acciones no económicas que se desarrollan en los hogares, como cambios en la cantidad de miembros, menor número de hijos/as y algunos cambios en los roles y también las acciones restrictivas, como recurrir a préstamos, o modificaciones en el consumo de alimentos. Lomnitz, citado en Gutiérrez (2007), habla de la marginalidad de la pobreza y sobre la utilización de todos los recursos que realizan estos grupos para minimizar los riesgos y la incertidumbre en la que viven, dentro de estas se identifican, multiplicación de empleos, diversificación de proveedores minoristas.

5.4.2. Estrategias familiares de vida.

Una categoría emergente ha sido el de estrategias familiares de vida. Susana Torrado (1980) utiliza este como un concepto superador al de estrategias de supervivencia, que hasta ese momento se utilizaba en el campo de la demografía. La autora sostiene que las “estrategias de supervivencia” tienen una fuerte connotación descalificadora y que identifica solo a poblaciones de muy bajos ingresos. Sugiere reemplazar ese concepto por el de estrategias familiares de vida, a las que define como “aquellos comportamientos de los agentes sociales de una sociedad dada, condicionados por su posición social”, “se relacionan con la constitución y mantenimiento de unidades familiares en el seno de las cuales pueden asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas, económicas y no económicas, indispensables para la optimización de las condiciones materiales y no materiales de existencia de la unidad y de cada uno de sus miembros”. En otras palabras, las estrategias de vida familiares constituyen aquellas prácticas que se relacionan con el sostenimiento o mantenimiento de la cotidianeidad y que llevan a la resolución de conflictos que se surgen de la historia, del contexto político, económico, social y cultural de las familias, en tanto emergentes de dichos procesos. También se refiere a los recursos singulares o colectivos que ponen en juego las familias para asegurar su existencia.

Torrado, citada por Gutiérrez (2007), refiere que las estrategias familiares de vida tienen las siguientes características: a) son relativamente autónomas de los procesos macrosociales en los cuales se encuentran insertos, b) las familias (unidades domésticas) organizan sus recursos en base a ciertos objetivos que no son siempre conscientes, c) son procesos de mediano y largo plazo, donde las decisiones del pasado influyen sobre el presente y estas sobre las del futuro, d) estas decisiones son abarcativas de toda la unidad doméstica, hay que evitar crear falsos compartimentos estancos y d) hay una lógica de clase implícita en estas decisiones.

Esta categoría está compuesta por dos propiedades, la conformación de redes familiares y redes comunitarias que ayudarán a las madres a generar estrategias que aseguren la subsistencia de sus hijos/as.

a) Redes familiares

Lo primero que haré, en este punto, es definir qué es una red familiar, De Grande (2016) considera que es una metáfora tomada de la vida cotidiana, las redes de los pescadores, que tienen nodos (nudos), que están relacionados entre sí, que conforman una estructura mayor; entre los nodos circula información, recursos y sentimientos, dependiendo del tipo de red que se esté trabajando. Considera a este tipo de recurso, como estrategias de desarrollo familiar y social, en este sentido, las entrevistadas relataron lo siguiente:

E1: *“mi mama cría a mi hija desde casi que nació, mi papá me ayuda con la beca de la cooperativa y me da plata por ahí”*. E2: *“mi suegra nos ayuda mucho, cuando nos falta plata ella le da a mi marido”*. E5: *“mi suegra nos ayuda mucho, nos da plata cuando nos falta y nos cuida los chicos cuando necesitamos”*.

En estas familias, la red se puede observar a partir de los vínculos existentes entre los miembros o los nodos. Estos vínculos se construyen y lleva trabajo hacerlo, crean una estructura de roles y los intercambios entre los miembros. Una de las funciones sustantivas de las familias hoy, es de auxiliar al otro en la satisfacción de sus necesidades, la trasmisión y enseñanza de las pautas culturales (Olguín, 2017). En las entrevistas estas funciones aparecen como el auxilio económico o del cuidado de los niños/as.

Por otro lado, las entrevistadas 3,4 y 6 refieren que nadie las ayuda, E3 refiere que no quieren molestar, E4 *“con lo que tenemos de ingresos nos alcanza”* y E6 reconoce que hace poco que su hermana la ayuda con el kiosco.

b) Las redes comunitarias no existen.

Seguidamente, expondré sobre la ausencia de apoyos sociales en este grupo de madres:

E1: *“no tengo amigas para hablar”*; E2: *“no tengo amigas, solo mi marido y yo hablamos de estas cosas”*; “E3”: *esto es una cuestión privada, mi mundo es mi familia y mi trabajo, yo no tengo amigas, no tengo nada*”; E5: *“no de eso solo lo hablé con mi marido y mi abuela, no tengo amigas”*; E6: *“Sí, con una vecina que me dijo que en el Barrio Palermo 2 hacían talleres para la desnutrición”*.

Desde la perspectiva Gutiérrez (2007), la participación de las unidades domésticas en redes de intercambio recíproco de bienes y servicio constituyen estrategias de sobrevivencia. Se trata de relaciones informales entre parientes, amigos y vecinos, que reemplazarían a la falta de seguridad social de los miembros de estas familias. En las entrevistas, estos intercambios no aparecen, sólo las ayudas de las familias de origen para llegar a fin de mes, pero si es clara la presencia del gobierno con las prestaciones sociales, AUH, tarjeta Alimentar, que las seis (6) entrevistadas reciben en forma regular.

Por lo que me parece importante resaltar que en mis entrevistadas no se reconocen redes de intercambios, pero si el uso de los Programas Sociales como estrategias de supervivencia.

Harris (2009) analizando los roles en las parejas, refiere a que los hombres son los que hacen los intercambios de bienes y servicios en las familias tradicionales y que las mujeres deben aceptarlos y acomodar sus rutinas a estos.

5.4.3. Respuesta del sistema formal e informal de salud

En las respuestas de la entrevistadas 2, 3 y 4 “*darles de comer lo que nos dicen*”, resumiría perfectamente la respuesta del sistema sanitario formal, antes la pregunta: ¿Quién te dijo que tu hijo/a estaba desnutrido/a?, estas fueron sus respuestas:

E1: “*Ella estaba en NEO del Perrando porque nació con bajo peso, estuvo un mes ahí y otro mes en mama canguro, ahí, antes de salir para que la traiga al centro de salud, me dijeron que tenía que darle espinacas y purecitos*”. E2: “*me dijeron acá en el Centro de Salud que estaba desnutrido y que tenía que traerlo a control, me derivaron al Perrando porque estuvo con infecciones*”. E3: “*el nació bien, pero un día lo traje a control y me dijeron que estaba con bajo peso y en riesgo de desnutrición*”. E4: “*lo traje a control y me dijo la chica que estaba con bajo peso y en riesgo de desnutrición, me dijeron que tenía que traerlo a control cada 15 días y una lista de alimentos para darle, fue la médica porque todavía no estaba el nutricionista*”. E5: “*lo traje a control y me dijeron que estaba con bajo peso y en riesgo de desnutrición, no entendí mucho eso de riesgo, solo que estaba desnutrido, me dijo la chica que hace los controles y me dijo que retirara más leche y lo trajera cada 15 días*”. E6: “*lo traje a control y me dijeron que estaba con muy bajo peso, que tenía que traerlo una vez por semana y me dieron más leche*”.

Lo que se observa es que, sólo se trasmite el diagnóstico “desnutrición”, “bajo peso”, “riesgo de desnutrición”, pero no se explica lo que esto significa, o si la madre comprendió lo que se le decía, como lo señala la entrevistada 5 “no entendí eso del riesgo”.

Debo definir que entiendo por sistema sanitario, a todas las instituciones públicas y privadas que tienen el propósito de brindar atención sanitaria a la totalidad de los habitantes de un país o una región. La OMS refiere que los sistemas sanitarios deben mejorar la salud de toda la población, ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud y garantizar la seguridad financiera de los sistemas sanitarios (Álvarez Dardet Díaz, Ronda Perez, Aranáz Andrés, & Aibar Ramón, 2011). Como suceden habitualmente las definiciones de la OMS, son muy abstractas y generales que impiden llevarlas a las prácticas concretas, como serían respuestas al problema de la desnutrición.

Por su parte Gervás (2008), plantea otros objetivos que son: a) la defensa de la salud (protección), b) incremento de la salud (promoción), c) evitar las enfermedades y sus consecuencias (prevención) y d) organización de servicios clínicos (atención). El autor refiere que los dos primeros objetivos promueven acciones positivas, mientras que las dos restantes parten de efectos negativos tratando de evitar más daños.

En el caso de la desnutrición y en mi trabajo en particular, los aspectos importantes serían los preventivos, esto es que las mujeres sepan cómo hacer para que sus hijos/as no se desnutran. Salleras, Sanmarti, & Garrido Morales (2008) expresan que existen muchas definiciones de educación

sanitaria (o para la salud), pero que todas tienen en común la modificación en sentido favorable de las actitudes, las costumbres de las personas, familias o grupos sociales, por lo tanto, son los comportamientos.

Los destinatarios de la educación constituyen todos los miembros de una comunidad, en distintos momentos o circunstancias porque no es lo mismo educar a sanos que a enfermos/as, los autores consideran sanos o enfermos a quiénes la comunidad les asigna esas categorías. Además, incorporan las categorías jóvenes o mayores para los primeros consideran que la educación sanitaria debe hacerse en la escuela, mientras que para los segundos el ámbito será la comunidad o el medio laboral.

Los agentes de la educación sanitaria son todos los miembros de la comunidad y todos los integrantes de los equipos de salud de las instituciones que estén interesados en la temática, las conductas de los/as educadores/as son importantes y también los contenidos que brindan, los que deben abarcan lo colectivo y lo social tratando de lograr cambios en los estilos de vida.

Hay autores críticos con estos enfoques, Alzape Yetes (2006) en una revisión de trabajos de educación sanitaria, buscaron identificar los/as referentes pedagógicos/as de dichas publicaciones, observaron que la gran mayoría corresponden a los modelos tradicionales conductistas y hegemónicos, cómo los observados en esta tesis.

Por su parte, Peñaranda, López & Molina (2017), en un trabajo de revisión de los modelos pedagógicos de educación sanitaria, revisaron 40 artículos de Brasil, Colombia, México y Cuba, en los mismos hallaron que, en la mayoría, no se encuentran la dicotomía entre los modelos clásico y crítico, sino que son mezclas de varios modelos pedagógicos.

Existen dos métodos de la educación sanitaria (Salleras, Sanmarti, & Garrido Morales, 2008), los directos y los indirectos, me referiré a los directos porque considero que son superiores a los indirectos, pues en ellos existe un contacto personal entre el/as educador/a y el/la beneficiario/a. En el modelo directo, existen cuatro (4) vías de abordaje: el diálogo (consejo educativo), la charla, la clase y las discusiones grupales. Entre los indirectos están auditivos y mixtos (audiovisuales), los carteles, folletos, discusiones grupales y lo que se publica en la prensa, que por cierto son aquellos a los que las madres tuvieron acceso, a saber:

E1: *“vi un afiche en NEO del Perrando donde mostraban ese plato con las comidas y se me quedo grabado”*. E6: *“una vecina me dijo que, en el Centro Comunitario de Villa Palermo, que es de Desarrollo Social de la Provincia, daban talleres sobre alimentación y fui”* (discusiones grupales).

A diferencia de estos modelos indirectos, los modelos directos consideran que el diálogo es la mejor vía, a él se deben sumar que deben existir un clima de confianza y de comprensión mutua, saber escuchar, saber conversar y respetar las opiniones de la familia.

En mis entrevistadas, estos aspectos no se observaron porque, como se muestra más arriba, el personal de salud sólo le indico que su hijo/a estaba desnutrido/a y que tenía que traerlo más seguido a los controles.

En los Centros de Salud el control de niño/a sano/a, es una actividad programada, en la cual una vez por mes se controlan los parámetros antropométricos y los calendarios de vacunas fundamentalmente como prevención. Pero con la población de cobertura, el tiempo de contacto entre el personal y las madres no supera los 15 minutos, por lo tanto, en dicho tiempo no hay posibilidad de generar un clima de confianza.

Esto es lo que se critica desde la corriente socio histórica, Belmartino, S. (1998), al Modelo Médico Hegemónico que considera a las personas meros objetos receptores de información y órdenes de los que saben y no sujetos activos en la construcción del conocimiento.

Me referí previamente al sistema formal, pero también observé que existe un sistema informal, pues la entrevistada 3 reconoció que fue a la farmacia, y consultó con empleado quién le dijo que la leche era mejor que la que le daban en el Centro de Salud.

CONCLUSIONES

La familia y el entorno del niño/a desnutrido/a

- Las familias de origen de las jefas de hogar estuvieron constituidas, en todos los casos, por familias migrantes rurales que se instalaron en barrios periféricos de Resistencia, provienen de familias numerosas con un elevado número de miembros, respecto a la escolaridad de la jefa de hogar y sus hermanos todos terminaron solamente la educación primaria.
- La familia del niño/a desnutrido/a estuvo configurada, en su mayoría, por una familiar nuclear completa con base en una relación conyugal convivencial compuesta por varios descendientes.
- En relación a la vivienda, o alquilan o no son propietarios legales del inmueble.
- Algunas madres no trabajan por fuera del hogar y otras lo hacen a tiempo parcial, los padres poseen un trabajo precario, la principal fuente de ingreso familiar lo constituyen los planes sociales provistos por el estado que constituyen la principal estrategia doméstica de consumo.

Creencias sobre la desnutrición

- Respecto a las creencias sobre la desnutrición, las madres no perciben el bajo peso del recién nacido como un indicador de desnutrición, consideran que los niños/as desnutridos/as son chiquitos, flaquitos y quietos; pero si son petisitos y gorditos están desnutridos. La comida más saludable es el guiso.

- Existe dificultad en la percepción materna sobre el estado objetivo de salud de sus hijos/as con desnutrición. Desconocían que los mismos estaban desnutridos/as, no acudieron a la consulta ante síntomas que observaron, el diagnóstico de desnutrición lo hicieron en el centro de salud cuando acudieron a control. Cuando recibieron el diagnóstico de desnutrición de sus hijos/as les causó sentimientos de tristeza y culpa.

Conocimiento sobre la desnutrición

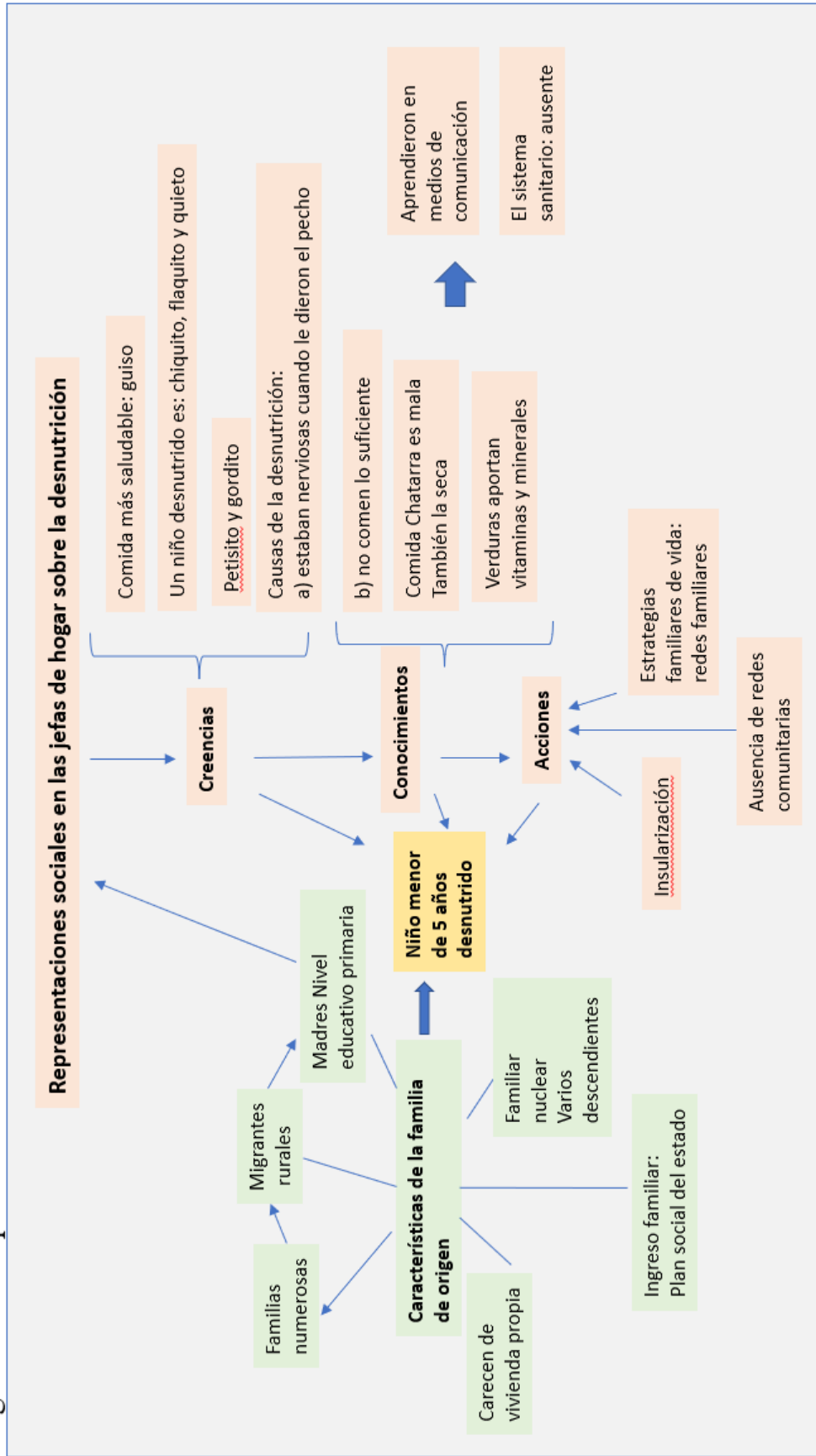
- Respecto al conocimiento sobre la desnutrición, consideran que las verduras son necesarias porque aportan vitaminas y minerales. La carne tiene que restringirla por el elevado costo, utilizan cortes baratos. Sus hijos/as se encuentran en una situación de inseguridad alimentaria moderada. La mayoría de las entrevistadas conocen las proporciones correctas de nutrientes que debe tener el guiso para ser nutritivo, no recuerdan de donde lo aprendieron.
- Saben que la comida chatarra no es adecuada para una buena nutrición del niño/a.
- Respecto a las causas, refieren que se debe a que no comen lo suficiente, no comen bien, o porque le dieron el pecho estando nerviosas, por intolerancia a algunas cosas y las consecuencias de las mismas son: fallas en las defensas, quedan retrasados, no crecen bien. La mayoría aprendió sobre la desnutrición en medios de comunicación y redes sociales.

Como actúan frente a la desnutrición de su hijo

- En relación a cómo actúan, es decir que estrategias generan para permitir su subsistencia, aparecen las compras en el barrio, lo que se corresponde con un fenómeno de insularización y las estrategias familiares de vida están dadas fundamentalmente por las redes familiares que actúen de sostén económico.
- Se destaca la ausencia de redes comunitarias.
- Respecto a las respuestas del sistema de salud, se observó un sistema formal y también informal, en el que predominaron los modelos indirectos de comunicación con los beneficiarios del servicio.

Un resumen de las principales conclusiones de la tesis se puede observar en la **Figura 3**.

Figura 3. Principales conclusiones de la tesis



Principales aportes de la tesis

Tal como expresé desde un principio, en esta tesis, intenté abordar el fenómeno de la desnutrición infantil desde la perspectiva del pensamiento complejo en salud, del que se vale la Epidemiología Crítica Latinoamericana, para explicar el proceso salud-enfermedad. Lo hice en el marco de un contexto de descubrimiento y, cuyos principales resultados en consonancia con lo expresado previamente, pueden visualizarse claramente en las conclusiones y más sintéticamente en la Figura 3. He intentado así, contribuir a la mejor comprensión del proceso mediante el cual las ideas, creencias, la participación o ausencia de instituciones e intereses dan forma a las políticas del vivir en nuestro país.

En la tesis, el/la lector/a puede observar cómo el comportamiento alimentario se encuentra condicionado por variados determinantes socioculturales y, a su vez, este adquiere muchos significados sociales. Existe una muy importante influencia de los factores económicos, ambientales, culturales, etc., que interactúan en forma compleja y difusa. También, es de destacar, que la alimentación de una población está determinada por el nivel socioeducativo, la diferenciación étnica, la presencia o bien ausencia de redes sociales de apoyo, el empoderamiento y la participación ciudadana, la cohesión social, etc., y se encuentra mediatizada por la conservación de tradiciones familiares o comunitarias, por los medios de comunicación, redes sociales y otros factores socioculturales.

Puede considerarse que la desnutrición es una de las causas más importantes de mortalidad en grupos vulnerabilizados por el sistema, como vimos en este trabajo y que se trata una situación patológica de diagnóstico fácil, de tratamiento eficaz y barato, cuya erradicación aumentaría más la esperanza de vida de la población. Sin embargo, las políticas asistenciales sociales y alimentarias implementadas en nuestro país, desde hace muchos años, destinadas a grupos específicos se mantienen desvinculadas de los procesos de verdadera transformación social, naufragan en el mero asistencialismo y, lejos de transformar la realidad social de estos grupos, aportan a la producción y reproducción de determinadas prácticas que los terminan conminando a la misma situación en la que viven diariamente.

Esto se debe a que las políticas públicas, por su parte, fueron diversificándose en acciones puntuales y focalizadas, respondiendo a las consecuencias de los procesos de la reconversión y su influencia en el mercado de trabajo. En otras palabras, los cambios en el escenario político-económico han traído como consecuencia una profundización y agudización de los problemas sociales que tiene nuestro país. Políticas, por cierto, focalizadas de tipo neoliberal que manifiestan los rasgos básicos del modelo de acumulación.

Por otro lado, puede observarse claramente la deuda sanitaria creciente que pesa sobre la población entrevistada, sus condiciones negativas contextuales, el desempleo paterno, la subsistencia familiar que depende de planes sociales, etc.

La desnutrición infantil es un problema de salud que debiera ser abordado por políticas públicas y estas políticas sociales o de bienestar, en general, deben seguir una política de equidad, redistribución y deben generar posibilidades de ascenso social. Las tácticas diseñadas para intervenir y reducir la desnutrición infantil no deben estar dirigidas a neutralizar sus causas inmediatas solamente, ni tampoco ignorar deliberadamente las causas básicas, que son las que revelan la economía política de la desnutrición.

Tal como se plantean las actuales políticas públicas asistenciales, podrían ser un obstáculo para abordar problemas relacionados con factores básicos de la desnutrición, aquellos que requieren más tiempo y más consensos para su tratamiento y cuyos efectos son menos visibles en el corto plazo.

CAPÍTULO 6

BIBLIOGRAFIA

Aguilar Fleitas, B. (2015). Medicalización de la vida. *Rev. Urug Car diol* 2015; 30, 262-267. Recuperado el 25 de julio de 2022, de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202015000300003

Aguirre, P. (2004). *Ricos flacos y gordos pobres, la alimentación en crisis*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario. Recuperado en 25 de marzo de 2022, de <https://sociologia1unpsjb.files.wordpress.com/2008/03/aguirre-ricos-flacos-y-gordos-pobres.pdf>

Aguirre, P (2010). *Seguridad alimentaria. Una visión desde la antropología alimentaria*. Recuperado el 20 de febrero de 2022, de: <http://www.suteba.org.ar/download/trabajo-de-investigacin-sobre-seguridad-alimentaria-13648.pdf>

Aguirre, P., & Pautassi, L. (2022). *Del problema individual al Programa social: la cuestión alimentaria en Argentina*. En G. Gamallo, *De Alfonsín a Macri Democracia y política social en Argentina (1983-2019)* (págs. 271-312). CABA: EUDEBA.

Álvarez, V. P. (2004). *Prevalencia de talla baja y de malnutrición en escolares de escuelas carenciadas, mediante el uso de indicadores antropométricos. Comunicaciones Científicas y tecnológicas*.

Álvarez Dardet Díaz, C., Ronda Pérez, D., Aranáz Andrés, J., & Aibar Ramón, C. (2011). Modelos de sistemas sanitarios. En P. Gil, *Medicina Preventiva y Salud Publica 11 ° Edición* (págs. 1241-1251). Madrid: Elsevier.

Alzape Yetes, T. (2006). <https://hdl.handle.net/10495/9846>. Obtenido de Repositorio Institucional Universidad de Antioquia.

- Anton Hurtado, F. (2017). *Antropología del sufrimiento social. Antropología Experimental* N° 17:24, 345-357.
- APA. ((2002)). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4° ed.)*. Barcelona: Masson.
- Arredondo, A. (jul/set 1992). *Análisis y reflexión sobre los modelos teóricos del proceso de salud enfermedad. Cad Saúde Pub Rio Janeiro* 8 (3), 254-261.
- Arredondo Velásquez, M., & González Alcalá, J. R. (2013). *Las estrategias de supervivencia de los pobres: Un repaso a su estudio en las ciencias sociales (concepto, perspectivas teóricas y acciones que implican)*. *Realidades* 19. Recuperado el 20 de febrero de 2022, de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4751842>
- Atalat, E., Bustos, P., Ruz, M., & Hurtado, C. (1980). *Correlación entre el estado nutricional materno, calidad de la lactancia y crecimiento del niño. Revista Chilena de Pediatría*, 229-234.
- Banco de alimentos (2019). *Cifras del hambre en la Argentina y el mundo*. Recuperado en 20 de marzo de 2021, de: <https://www.bancodealimentos.org.ar/novedades/cifras-del-hambre-en-argentina-y-el-mundo/>
- Banco Mundial (2020). *Tasa de fertilidad, total (nacimientos por cada mujer) – Argentina*. Recuperado el 14 de marzo de 2022, de: <https://datos.bancomundial.org/indicador/sp.dyn.tfrt.in?locations=AR>
- Belmartino, S. (1998). *Modelo Médico Hegemónico*. Jornadas de APS-CONAMER-ARHNRG (págs. 198-203). Buenos Aires: EUDEBA.
- Black, M. M., & Creed-Kanashiro, H. M. (2012). ¿Como alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública* v.29 n.3.
- Borghí, C. J., Pereira Scromeda, M. C., & Torres, E. E. (octubre 2010). Desnutrición infantil en el departamento San Cosme. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. N° 203, 1-27. Recuperado el 4 de abril de 2022, de: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/revista/posgrado%20medicin a%20VI/203.pdf>
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 31 (supl 1), 1.15*. Recuperado el 4 de abril de 2022, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
- Britos, S., O'Donnell, A., Ugalde, V., & Clacheo, L. (2002). *Programas Alimentarios en la Argentina. En C. d. Infantil, Programas Alimentarios en la Argentina* (págs. 10-22). Buenos Aires: CESNI.
- CEPAL. (JULIO de 2021). *CEPAL STAT*.
- Cetrangolo. (1966). Análisis sobre la nutrición en la República Argentina. *Prensa Universitaria* 158, 2388-2390.

- Cristaldo, J. E. (2004). Desnutrición en menores de cinco años en el B 17 de agosto de la ciudad de Corrientes en el año 2004. *Revista Médica del Nordeste*, 8, 16-19
- Di Marco, G., Faur, E., & Méndez, S. (2003). *democratización de las familias*. CABA: UNICEF.
- Di Marco, G. (2017). Las familias. En D. M. Graciela, *Democratización de las familias* (págs. 25-50). CABA: UNICEF ARGENTINA.
- de Almeida Filho, N. (1992). *Epidemiología sin números, una introducción crítica a la ciencia epidemiológica*. Washington, D.C. 20037, E.U.A: PALTEX OPS.
- De Grande, P. (2016). Relaciones sociales y vida cotidiana en el primer año de vida en sectores populares de Buenos Aires. *Anuario de Investigación USAL N°3*, 105-107.
- Deleón, C.A.; Ramos, L.S.; Cañete F, Ortiz, I. (2021) Determinantes sociales de la salud y el estado nutricional de niños menores de cinco años de Fernando de la Mora, Paraguay. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*. 54(3): 41-50. Recuperado el 3 de marzo de 2021, de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1352904/1816-8949-anales-54-03-41.pdf>
- Denegri-Coria, M., Knabe-Álvarez, Y., & Sepúlveda-Maldonado, J. (enero-junio 2016). Socialización y transmisión intergeneracional en pautas del consumo. *XIMHAI Volumen 12 Número 4 Edición Especial*, 57-70.
- Dirección Nacional de Población Ministerio del Interior Argentina. (2020). *Reporte de estadísticas demográficas y sociales Chaco*. CABA: Ministerio del Interior de Gobierno Argentino.
- del Felitti, A.C. (2020). Urbanización de la pobreza en el aglomerado Gran Salta (Noroeste Argentino) Sus manifestaciones actuales. *Cuaderno urbano*, 28(28), 35-58. Recuperado el 3 de diciembre de 2021, de: <https://dx.doi.org/10.30972/crn.28284323>
- Diaz Córdova, D. (2007). Estrategias domésticas de consumo y autómatas celulares. Recuperado el 10 de junio de 2022, de: https://www.researchgate.net/publication/318792980_Estrategias_domesticas_de_consumo_y_automas_celulares
- Di Corleto, J. (2018). *Malas Madres*. CABA: DIDOT.
- Diez Patricio, A. (2017). Mas sobre la interpretación (II) Ideas y Creencias. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 37(131), 127-143.
- Dubos, R. (1975). El hombre en adaptación. *Fondo de Cultura Económica*, 36-38.
- Escudero, S. K. (1972). Un aporte al conocimiento a la desnutrición en la Argentina. *Cuadernos de Salud Pública* 8, 11-16.
- Fantin, A. (2013). Evolución de la mortalidad infantil en el Chaco 1970-2010. *XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, (págs. 1-16). Neuquén.
- FAO. (2002). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Roma: FAO.
- FAO (2002) *El estado de seguridad alimentaria en el mundo*. Recuperado el 10 de junio de 2022, de: <https://www.fao.org/3/y7352s/y7352s00.htm>

- FAO, OPS, WFP y UNICEF. (2018). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: FAO, OPS, WFP y UNICEF.
- Felitti, K. (2012). Planificación familiar en la Argentina de las décadas del 60 y 70, ¿un caso original en América Latina, *Estudios demográficos y urbanos Vol. 27 Núm. 1(79)*, 153-1588.
- Frenk, J. (2010). *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Forti, E.P. (2019). Creencias sobre el crecimiento infantil de los padres y madres en situación de pobreza de Concepción del Uruguay. *Ciencia, Docencia y Tecnología, vol. 30, núm. 58, pp. 125-157*, 2019. Recuperado el 22 de junio de 2022, de: <https://www.redalyc.org/journal/145/14560146005/html/>
- Fournier, M., Soldano, D. (2001). *Los espacios en insularización en el conurbano bonaerense: una mirada al lugar de las manzanas*. III Jornada Anual de Investigación, UNGS, Buenos Aires, Argentina, citada en Soldano, D. (2008), *Vivir en territorios desmembrados. Un estudio sobre la fragmentación socio-espacial y las políticas sociales en el área metropolitana de Buenos Aires*. Recuperado el 8 de julio de 2022, de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/ziccardi/04solda.pdf>
- Gamarrá-Atero, R., Mayra Porroa, J., & Quintana-Salinas, M. (jul/dic 2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *An. Fac. med. v.71 n.3*.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., & González González, M. (2018). Cuando se deja de hacer pie. Notas sobre cultura moderna, crisis del sentido vital y psicopatología. *Revista de Psicoterapia Vol 29 N° 109, 147-167*.
- Garro Vera, H. I. (2015). *Efectividad del programa educativo “prevención de anemia y desnutrición crónica en niños de 6 36 meses en el nivel cognitivo y prácticas de las madres*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Guerrero Solís, G. E. Recuperado el 24 de mayo de 2017, de: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/7475>
- Gil, P. (2003). La salud sus determinantes. En P. Gil, *Medicina Preventiva y Salud Pública 11 Edición* (págs. 1-12). Madrid: EL SEVIER MASON.
- González Obregón, L. M. (2017). Provincialización del Chaco. *Tramas Revista de política, Sociedad y Economía*.
- Gutiérrez, A. B. (2007). *Pobre' como siempre. Estrategias de reproducción de la pobreza*. Córdoba: Ferreyra Editor.
- García, I. L. (2007). *Los cambios en el proceso de producción de algodón en el Chaco en las últimas décadas y sus consecuencias en las condiciones de vida de minifundistas y trabajadores vinculados*. Recuperado el 6 de abril de 2021, de: https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/SEDICI_81d31b70459802d28b8cf9ce18e31e15

- Garro Vera, H. I. (2015). Efectividad del programa educativo “prevención de anemia y desnutrición crónica en niños de 6 36 meses en el nivel cognitivo y prácticas de las madres. Lima: *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*.
- Glaser B; Strauss I; The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. New York: *Aldine Publishing Company*.1969. 21-44p.
- Gervás, J. (2008). Atención Primaria de la teoría a la práctica. *Cadernos de Saúde Pública* (24) (suppl 1), 524-527.
- Golbberg, L., Tenti Fanfani, E., & Lumi, S. (1992). *La mano izquierda del Estado. La asistencia social según los beneficiarios*. CABA: Miño y Dávila.
- Gutiérrez, A. B. (2007). *Pobre' como siempre. estrategias de reproducción social en la pobreza*. Córdoba Argentina: Ferreyra Editor.
- Harris, M. (1975). *Vacas. Cerdos, guerras y brujas. Los enigmas de la cultura*. México: Alianza Editorial.
- Hernández Escalante, V. M., Marín Cárdenas, A., Medina Baizába, A. L., & Santana, A. (2014). Percepciones sociales sobre la alimentación y negociación cultural deficiente en las recomendaciones dietéticas dirigidas a madres con hijos menores de cinco años que presentan desnutrición. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, Vol. 1, No. 2, 71-80.
- Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Obtenido de Ene. [online]. 2016, vol.10, n.2 [citado 2022-05-12]. Recuperado el 10 de junio de 2022, de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006&lng=es&nrm=iso*
- Hernández Escalante, V. M., Marín Cárdenas, A., Medina Baizába, A. L., & Santana, A. (2014). Percepciones sociales sobre la alimentación y negociación cultural deficiente en las recomendaciones dietéticas dirigidas a madres con hijos menores de cinco años que presentan desnutrición. *Ciencia y Humanismo en la Salud*, Vol. 1, No. 2, 71-80.
- Huergo, J. (2016). " Experimentar um pouco de sabor", cozinhar e comer em família: Villa La Tela, Córdoba, Argentina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(4), 1125-1159.
- INDEC. (2022). *Encuesta Permanente de Hogares. Consideraciones metodológicas sobre el tratamiento de la información segundo trimestre 2020*. CABA: INDEC
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC a), (2022). Informes técnicos / Vol. 6, N° 60 Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre. Recuperado el 14 de marzo de 2022, de: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-46-152>
- Ilich, I. (1982). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. México DF: Barral.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC b), (2022). *Definiciones y conceptos utilizados en los cuadros*. Recuperado el 3 de julio de 2022, de https://www.indec.gob.ar/ftp/indecinforma/nuevaweb/cuadros/7/sesd_glosario.pdf

- Izquierdo-Satorrío, E. (2015). Los mecanismos de defensa desde la perspectiva de género y su impacto en la salud. *S.E.M.P.y P.* Vol. 1 n° 5, 1-27.
- Isuani, A. (1999). El Estado de Bienestar Argentino. *Facultad de Ciencias Sociales UBA*, 1-32.
- Isuani, A. (2022). *Política social de la democracia argentina*. En G. Gamallo, De Alfonsín a Macri. Democracia y política social en Argentina
- Jaramillo Antillon, J. (2010). Ecología-Salud Enfermedad. *Acta med costarric* Vol 52(1), 43-49.
- Jiménez-Benítez, D., Rodríguez-Martín, A., & Jiménez-Rodríguez, R. (2010). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*, 25(Supl. 3), 18-25. Recuperado el 10 de junio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900003&lng=es&tlng=es
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales". *Cultura y representaciones sociales* Año 3 N° 5, 32-60.
- Juárez, M. (2006). La prevención de la desnutrición en el oriente de Guatemala, nuevos cuidados, mismas representaciones. *Index Enferm.* Vol 15 N° 55.
- Khum, T. S. (1971). La ciencia normal como resolución de enigmas. En T. S. Khum, *La estructura de las revoluciones científicas* (págs. 68-79). México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Labadié, S. (2010). Condicionantes epidemiológicos y determinantes sociales de la desnutrición infantil en la comunidad mocoví. Córdoba Argentina: *Universidad Nacional de Córdoba*.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: *Government of Canada*.
- Larry, L. (Julio de 2013). *Cancer Care of Wester NY*.
- Laurel, A. C. (1981). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud* 21(1), 7-25.
- Laurell. (1982). la salud enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales* N° 18.
- Leavy, M. P., Szulc, M. P., & Anzelin, I. (2018). Niñez indígena y desnutrición, análisis antropológico comparativo de la implementación de planes alimentarios en Colombia y Argentina. *Cuadernos de Antropología Social* /48, 40-56.
- Longhi, F. (2015). Magnitudes y tendencias de la desnutrición en la niñez argentina durante la primera década del siglo XXI. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(1), 130-165. Recuperado el 5 de marzo de 2022, de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012015000200007&lng=en&tlng=es.
- López-Guimera, G. (2009). Medios de comunicación: una potente influencia para nuestros jóvenes. *Revista Anual de Inovación Educativa* 178.
- León, M (2002). Representaciones sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social. En: *Psicología Social: Buenos Aires: Prentice Hall*

- Leyton-Legues, D. (2012). Modelos explicativos sobre la lactancia y alimentación infantil. En M. García-Arnaiz, *Alimentación, salud, cultura encuentro interdisciplinarios* (págs. 19-27). México DF: Universitaria Rovira.
- López Arellano, O., Escudero, J. C., & Dary Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. *Medicina Social* Vol. 3 N° 4, 324-335.
- Marini, A.; Alcázar, L.; Walker, I. (2010). El rol de las percepciones y los conocimientos de las madres en el estado nutricional de sus niños. En: *Salud, interculturalidad y comportamiento de riesgo*. Editorial Grade. Lima, Perú. Recuperado el 10 de mayo de 2019, de http://biblioteca.clacso.edu.ar/Peru/grade/20120223050027/30_alcazar_marini_walker.pdf
- Mariños-Anticona, C.; Chaña-Toledo, Roy.; Medina-Osis, J.; Vidal-Anzardo, M.; Valdez-Huarcay, W. (2014). Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*. vol. 18, núm. 1, pp. 1-7. Recuperado el 1 de abril de 2022, de: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203132677004.pdf>
- Maya, A. P. (2007). "Representaciones de los padres y madres respecto a la desnutrición de sus hijos. Estudio en Hauyapan. Estado de Morelos". *Bol Mex Has Fil Med*; 10 (2): 89-98.
- Meijia, C. R., Garay-Rios, L., Garay-Rios, L., & Enriquez-Anco, M. G. (abr-jun 2020). Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia COVID 19. *Rev cubana Invest Biomed* vol 39 N° 2. Recuperado el 10 de mayo de 2022, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002020000200001
- Mendoza Ramírez, G. (2016). Creencias y prácticas alimentarias e higiénicas en madres de niños menores de 5 años en el distrito de Anta, Áncash Perú. *Revista de Investigación Aporte Santiaguino* Vol 9 N° 2. Recuperado el 24 de julio de 2022, de https://www.researchgate.net/publication/328973537_Creencias_y_practicas_alimentarias_e_higienicas_en_madres_de_ninos_menores_de_5_anos_en_el_distrito_de_Anta_Ancash_Peru/link/5bee473f4585150b2bba19b6/download
- Menéndez, E. L. (1982). Recuperado en 10 de junio de 2022, de: www.hjunin.ms.gbs.gov.ar
- Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología Argentina. (2005). *Escolarización en jóvenes y adultos*. CABA: Presidencia de la Nación Argentina.
- Ministerio del Interior Presidencia de la Nación Argentina. (2017). *Plan Estratégico Urbano territorial Barranqueras Provincia del Chaco*. CABA: Ministerio del Interior Presidencia de la Nación Argentina
- Navarrete, M., & Erreguerena, A. (2015). Recuperado el 3 de abril de 2022, de: <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/86>.
- Nino, C. (2020). *Un país al margen de la ley*. CABA: ARIEL.
- Nunes Dos Santos, C. (2007). Somos lo que comemos. Identidad cultural, hábitos alimenticos y turismo. *Estudios Perspectivas en Turismo*. Vol 16, 234-242.

Organización Panamericana de la Salud (2017). Determinantes sociales de la Salud. Recuperado el 30 de mayo de 2022, de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>

organización Mundial de la Salud (2021). Malnutrición. Recuperado el 10 de junio de 2022, de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Ortale, S. (2002). Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata (Tesis doctoral inédita). *Facultad de Ciencias Naturales y Museo*, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/4585/Documento_completo.pdf?sequence=1

Ortale, S. (2007). La comida de los hogares: estrategias e inseguridad alimentaria. En A. Eguía, A. y Ortale, S. (2017). Los Significados de la Pobreza, 169-204. Biblios. Buenos Aires, Argentina.

Orzuza, S. M. (junio de 2013). Repositorio Institucional CONICET ARGENTINA.

OPS, PNUD, CEPAL. (2011). Trayectoria a largo plazo. En P. C. OPS, Aporte para el Desarrollo Humano en Argentina (págs. 3-7). CABA: PNUD.

PHAO. (11 de noviembre de 1978). Recuperado el 20 de junio de 2018, de: www.paho.org

Pally Callisaya, E., & Mejía Salas, H. (2012). Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. *Rev Soc Bol Ped* 51 (2), 90-96.

Parada Rico, D. A. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años. *Revista Ciencia y Cuidado* Vol 8 N° 1, 29-39.

Paraje, G. (2008). Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe. CEPAL - *Serie Políticas sociales* No 140 Recuperado el 5 de noviembre de 2021, de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6145/S0800165_es.pdf

Peñaranda, F., López, J. M., & Molina, D. P. (Jun 2017). La educación para la salud en la salud publica un análisis pedagógico. *Hacia promoc. Salud* Vol 22 N° 1, 123-134. Recuperado el 3 de mayo de 2021, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772017000100010

Programa Mundial de Alimentos (2019). Scaling Up nutrition, 2019. Recuperado el 14 de mayo de 2021, de: <https://executiveboard.wfp.org/es>

Orzuza, S. M. (2011). Mujeres que conviven con la desnutrición infantil. Análisis de sus condiciones de vida. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 3(1):, 2028. Recuperado el 14 de mayo de 2021, de: <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127087003.pdf>

Rivera Vázquez, J. I. (2019). La malnutrición infantil en Chimbonazo una mirada multidimensional. *La Ciencia al servicio de la Salud y la Alimentación* Vol 10 N° 1, 1-11.

Ros, C., Corfield, I., García, E. A., Asrilevich, E. N., Santos, M. E., & Raffart, M. (2016). Análisis de factores socioculturales y ambientales involucrados en problemas de salud prevenibles en niños de 0 a 4 años en la comunidad de la Zona Sur de Guleguaychú. *Ciencia, Docencia y Tecnología Suplemento* Vol 6 N° 6, 122-132.

Rosales Hernandez, A. M., Torres Monge, D., & Tremiño Quesada, M. E. (21 de febrero de 2017). Recuperado el 3 de junio de 2021, de: <http://hdl.handle.net/10972/3112>

Salvia, A.; Poy, S. y Tuñón, I. (2021). *Dinámica de la inseguridad alimentaria en los/as destinatarios/as de la Tarjeta ALIMENTAR. Documento de investigación. Barómetro de la Deuda Social Argentina. 1ªed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2021*. Recuperado el 14 de enero de 2022, de: <https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2021/2021-OBSERVATORIO-INF-ESP-II-TARJETA-ALIMENTAR-DINAMICA-INSEGURIDAD-ALIMENTARIA.pdf>

Salleras, S., Sanmarti, M., & Garrido Morales, P. (2008). Capítulo 22 Educación Sanitaria: conceptos y métodos. Capítulo 23 Educación sanitaria en el ámbito clínico asistencial. En P. Gil, *Medicina Preventiva y salud pública* (págs. 263-287). Madrid: Elsevier Masson.

Samaja, J. (2004) *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. 3º ed. 4º. Reimp. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires*. Recuperado el 24 de marzo de 2022, de: <https://ens9004-inf.d.mendoza.edu.ar/sitio/upload/12-%20SAMAJA,%20J.%20-%20LIBRO%20-%20Epistemologia%20y%20metodologia.pdf>

Sili, M.E. (2019). La migración de la ciudad a las zonas rurales en Argentina. Una caracterización basada en estudios de caso. *Población & Sociedad*, vol. 26, núm. 1, pp. 90-119. Recuperado el 5 de marzo de 2020, de: <https://www.redalyc.org/journal/3869/386962471005/html/>

Sirvent, M.T. (2004) *El proceso de investigación. 2º Ed. Facultad de filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires; (s.n)*.

Thèodore, F., Bonvecchio Arenas, A., Blanco García, A., & Carreto Rivera, Y. (2011). Representaciones sociales relacionadas con la alimentación escolar: el caso de las escuelas públicas de la ciudad de México. *Salud Colectiva* 7 (2) (mayo-agosto), 215-229. Recuperado el 23 de marzo de 2022, de: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73122320013.pdf>

Trujillo Rondan, M. J. (2020). <http://repositorio.urp.edu.pe/>.

Valencia, S. (2007). Elementos de la construcción, circulación y aplicación de las representaciones sociales. En T. Rodríguez y M. L. García (Coordinadoras), *Representaciones Sociales. Teoría e investigación*. (pp. 51-88). México: Universidad de Guadalajara.

Vildoso Fernández, M., Rodríguez Osiac, L., & Weisstaub, G. (2020). Pandemia por COVID-19: Proyección de impacto en la seguridad alimentaria de niños, niñas y adolescentes. *Rev. chil. pediatr.* vol.91 no.6 . Recuperado el 6 de marzo de 2022, de: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062020005001606&script=sci_arttext

Villoro, L. (1982). *Crear, saber, conocer*. México DF: siglo veintiuno editores. Recuperado el 22 de marzo de 2021, de: https://www.academia.edu/40786969/Crear_saber_conocer

Visa Barbosa, M., & Crespo Cabillo, C. (junio 2015). El papel de la blogosfera en la construcción social de la maternidad; de la Virgen María a #malas madres. *Revistas de Comunicación de la SEECI*. Año XIX (37), 299-331.

UNICEF. (2011). *La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Madrid: UNICEF España.

UNICEF. (2020). *Manual para el manejo comunitario de la desnutrición aguda*. <https://www.unicef.org/argentina/media/9301/file/Manual%20para%20el%20Manejo%20Comunitario%20de%20la%20Desnutrici%C3%B3n%20Aguda.pdf>

UNICEF ARGENTINA. (2021). *Impacto de la pandemia en la educación de niños, niñas y adolescentes*. CABA: UNICEF ARGENTINA.

ANEXO I



ANEXO II



Comité de Bioética en Investigación de Ciencias de la Salud
Facultad de Medicina - UNNE



RESOLUCIÓN N° 28/18
Corrientes, 26 de Septiembre de 2018

Visto:

El Expte. N° 10-2018-04463, por el cual el doctorando Carlos Eduardo Rubio solicita el aval del Plan de Tesis denominado "Representaciones Sociales sobre la desnutrición en jefas de hogar que tienen a su cargo un niño menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, en el barrio Villa Don Andrés, Resistencia, Chaco, Argentina, 2018"

Que ha presentado la siguiente documentación:

- Plan de Tesis.
- Hoja de Información y Consentimiento informado.
- Acuerdo de compromiso y confidencialidad del Comité de Bioética.
- Curriculum vitae del Tesista y del Director.
- Permiso del Director de la Institución donde se llevará a cabo el estudio.

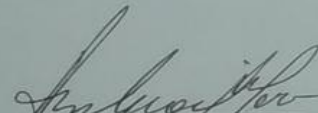
Considerando:

- Que la documentación presentada se atiene a consideraciones metodológicas y éticas.
- Que previamente fue evaluado y aprobado por el Tribunal Evaluador del Comité Académico del Doctorado.

**El Comité de Bioética en Investigación de Ciencias de la Salud
de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste
En su sesión del 26 de Septiembre de 2018
Resuelve:**

Artículo 1°: Avalar la documentación presentada del Plan de Tesis denominado "Representaciones Sociales sobre la desnutrición en jefas de hogar que tienen a su cargo un niño menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, en el barrio Villa Don Andrés, Resistencia, Chaco, Argentina, 2018", presentado por el doctorando Carlos Eduardo Rubio.

Artículo 2°: Regístrese, comuníquese y archívese.


Lic. ANGELICA MARICEL MEZA
Secretaria


Prof. Mag. Bioq. VIVIANA LIFSCHITZ
Coordinadora