

Autora: Liliana Belén Madrid<sup>1</sup>

Pertenencia institucional: CONICET - UNCPBA

Dirección electrónica: [lilianabmadrid@yahoo.com.ar](mailto:lilianabmadrid@yahoo.com.ar)

Mesa 22: La desigualdad persistente

Coordinadoras:

Diana Weingast (CIMECS-UNLP / CEREN-CIC); [dianaweingast@gmail.com](mailto:dianaweingast@gmail.com)

Karina Dionissi (CIMECS -UNLP); [kdionisi@yahoo.com](mailto:kdionisi@yahoo.com)

## Título: **Interpretando la malnutrición infantil desde la perspectiva sociocultural**

### **I. Introducción**

En países como la Argentina es imposible no considerar el problema de la malnutrición infantil en términos del circuito económico y de los procesos de distribución y acceso a los alimentos. Sin embargo, también debemos visualizar que aún transitando tiempos de mayor bonanza el problema de la malnutrición no cede.

Las interpretaciones restringidas a la condición económica de los hogares no puede explicar porqué la mayoría de familias bajo una misma condición de ingresos insuficientes alcanza condiciones de normalidad en el crecimiento de sus hijos, mientras otras no. Si bien el aspecto económico-político no se desdeña, la intervención cotidiana pone en evidencia la existencia de otros factores intervinientes.

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

En este sentido, proponemos una visión del proceso salud-enfermedad en el cual podemos identificar:

- la enfermedad en el sentido estricto del termino biomédico, entendiendo por ella alteraciones o disfunciones de procesos biológicos y/o psicológicos;

---

<sup>1</sup> Magíster en Trabajo Social (UNLP, Argentina). Licenciada en Trabajo Social (UNCPBA, Argentina). Becaria Doctoral CONICET-CAEA. Docente de la Carrera de Trabajo Social (UNCPBA).

- podemos considerar el denominado padecimiento, lo cual le permite incorporar las experiencias y las percepciones individuales relativas a los problemas derivados de la patología
- y también la perspectiva incluye los procesos de significación de la enfermedad y reacciones sociales, lo cual demanda abordar la socialización de la enfermedad y del padecimiento (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978; Good y Good (1979); Young, 1980).

Se analizarán e interpretarán prácticas sociales de unidades domésticas con niños malnutridos en la Ciudad de Tandil. La realización de entrevistas en profundidad abiertas, extensas y recurrentes realizadas entre los meses de julio y agosto de 2009 a unidades domésticas domiciliadas en un barrio periférico de la Ciudad de Tandil, junto a la observación desplegada en el mismo periodo, generaron la posibilidad de establecer relaciones entre los discursos y las prácticas lo cual permitió recuperar valoraciones, saberes, vivencias y prácticas cotidianas de las unidades domésticas con experiencias de desnutrición infantil.

Dadas las posibilidades del espacio, en esta ponencia sólo nos referiremos a uno de los momentos estudiados durante la investigación: el diagnóstico de desnutrición infantil en tanto instancia diferenciada del tratamiento.

Es oportuno aclarar que si bien entendemos la pertinencia de referirnos conceptualmente a la malnutrición infantil, incluyendo bajo este concepto situaciones de déficit -bajo peso, acortamiento, desnutrición- como también de sobrepeso/obesidad, en función de los datos alcanzados, el trabajo de campo se desarrolló, únicamente, sobre diagnósticos de desnutrición infantil. Sin profundizar en este problema, es pertinente aclarar que utilizaremos durante la ponencia –sobre todo cuando hagamos señalamientos en relación al trabajo de campo- el término desnutrición, obedeciendo a los datos hallados en la estructura de salud pública de la Ciudad, lo cual ‘obligó’ a que la investigación desarrolle el trabajo de campo sobre experiencias de unidades domésticas con niños con diagnóstico de desnutrición, es decir, sólo las situaciones de déficit sin posibilidad de analizar situaciones de sobrepeso u obesidad.

## **II. La experiencia de enfermar: aspectos conceptuales**

En función de lo expuesto, entendemos necesario considerar la denominada experiencia de enfermedad como un aspecto trascendente en el abordaje de la malnutrición infantil. Como sabemos, no siempre que padecemos algún desequilibrio consideramos que nos hallamos enfermos. En el caso de la malnutrición en los niños, los adultos suelen ver en

ellos modos particulares de crecer, condiciones transitorias o deficiencias coyunturales que luego podrán ser superadas con el transcurrir de los años. Asimismo, las culturas ofrecen a sus miembros definiciones acerca de los males, desequilibrios o enfermedades lo que explica reacciones en un sentido o en otro.

Definir la enfermedad supone entonces reconocer diferentes aspectos que hacen a la concepción de la persona, la corporalidad, las teorías etiológicas de la enfermedad y la eficacia terapéutica. El modelo biomédico es una forma de pensar la enfermedad, de allí que desde otras visiones se advierta que la experiencia de enfermedad (*illness*) es algo diferente a la concepción biológica de la misma (*disease*). Por otra parte, otros aluden a la complejidad de la noción de enfermedad en la medida que también involucra la activación de fuerzas sobrenaturales, fenómenos espirituales, de brujería, como acciones de seres míticos, nociones que además implican a entidades diferentes del cuerpo biológico como almas, cuerpo social, etc. (Idoyaga Molina, 2007).

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

Parte del colectivo médico, en una actitud diferente a la que sostenían hace 20 años, aceptan el hecho de que la ‘enfermedad’ del paciente no coincide con la ‘enfermedad’ del médico. Se reconoce un cambio en la concepción del “punto de vista del enfermo” que deja atrás la idea de una percepción profana concebida como simple distorsión y empobrecimiento del saber médico, y deja lugar a un modo de pensar autónomo que tiene su propia coherencia (Herzlich y Pierret, 1988).

¿Padezco de desnutrición o soy un desnutrido? El pasaje de tener ‘un mal o déficit’ a ‘sentirse enfermo’ en primera persona, del tiempo pasado al presente, implica una transformación de la identidad que determina un corte en la cotidianeidad. Es el malestar, el sufrimiento y el dolor lo que nos angustia y moviliza. En este sentido es que planteamos

reconstruir la experiencia de enfermedad en las acciones para enfrentar la malnutrición. Lo contrario es el encubrimiento: los especialistas refieren al encubrimiento de la desnutrición cuando la población afectada no problematiza su existencia sino sus consecuencias sólo cuando estas se manifiestan con síntomas somáticos agudos (fiebre, vómitos, diarreas), a la vez que se oculta el problema bajo un criterio de normalidad, que en el discurso social se refleja con expresiones del tipo “*son flaquitos*”, “*son menuditos*”, “*comen poco*” (Madrid, 2004: 72).

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

El saber médico, durante mucho tiempo, tampoco participó en la construcción de la noción del enfermo tal como la comprendemos hoy. Para que apareciera la concepción actual de enfermo primero fue necesario que la enfermedad dejara de ser un fenómeno de masa y que constituyera una forma de vida mas que una forma de muerte. Luego la medicina debió ser capaz de intervenir eficazmente sobre la enfermedad y de sustituir la visión y respuesta religiosa. Finalmente, por intermedio del desarrollo de las leyes sociales, las nociones de enfermedad y salud se encontraron ligadas al trabajo y el enfermo se definió por su lugar en el proceso de producción. Los dos primeros elementos muestran que la enfermedad se individualiza y pierde su carácter colectivo. Pero, por su relación con el trabajo y bajo la respuesta médica, la enfermedad se convierte simultáneamente para el individuo en condición social y nueva estructuración de sus relaciones con lo que llamamos la sociedad (Herzlich y Pierret, 1988).

Una perspectiva interpretativa implica la aceptación de los saberes e interpretaciones propias del ‘mundo de la vida’. Los registros médicos y de los otros profesionales de los equipos de salud rara vez recogen la percepción de sus pacientes-niños frente a los malestares

que les aquejan y cómo ellos repercuten en el clima familiar. Consideramos que cada familia establece su propio estilo de vida y selecciona un conjunto determinado de estrategias que repercuten en el estado de salud de sus integrantes. Asimismo, la familia se constituye no sólo en consumidora sino esencialmente en productora/mediadora de bienes y símbolos culturales. Este giro en la atención permitiría mejorar el vínculo que el equipo profesional establece con el paciente-niño (pacientes que cumplen un rol activo en la relación terapéutica puesto que supone cambios que deben realizar en su propia conducta) y los adultos acompañantes, tanto en la instancia del diagnóstico como de la terapia. Podría en este sentido mejorar la información recogida en historias clínicas, fichas sociales, cédulas de entrevista y entrevistas psicológicas.

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

### **III. Experiencias de unidades domésticas en torno al diagnóstico de desnutrición infantil**

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

#### **III. a. La experiencia del diagnóstico**

A través del relato de las madres podemos identificar la forma en que la experiencia de la enfermedad es representada y evocada, en la cual las ocurrencias en torno de ella son presentadas como poseyendo un orden coherente y significativo, donde actividades y eventos se describen por referencia al sentido que tienen para las personas involucradas. Las palabras de las madres manifiestan diferencias y similitudes en el marco de la misma experiencia. Sin embargo, podemos identificar una similitud unánime que señaló el diagnóstico de bajo peso, y refiere a la demanda, fundamentalmente hacia la mujer-madre, de un conjunto de decisiones cotidianas las cuales pueden visualizarse a través del relato de acciones que debieron realizar para atender el estado nutricional de su hijo. Observamos que el diagnóstico es una experiencia en la que se condensan visiones individuales y colectivas y, como resultado de estas, se despliegan comportamientos. Esto manifiesta que la relación entre individuo y

sociedad se construye entre los dos modos de existencia de lo social en términos de Bourdieu: las estructuras sociales externas y las estructuras sociales internalizadas (incorporado a la personas como habitus). Analizaremos en este punto de discusión la anterior proposición a la luz de los discursos de las madres entrevistadas centrándonos en lo que se considera el momento del diagnóstico, como instancia diferenciada del “tratamiento”.

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

### **III. b. Reconociendo el problema**

El diagnóstico fue realizado por el Centro de Atención Primaria de la Salud (en adelante CAPS) emplazado geográficamente en el área donde viven las unidades domesticas entrevistadas<sup>2</sup>. Todos los niños fueron evaluados por el mismo equipo profesional primando igual criterio en todos los casos, es decir, evaluando la relación peso-edad y peso-talla<sup>3</sup>.

El diagnóstico de bajo peso no presentó discusión en ninguna de las madres entrevistadas, por lo tanto, es aceptado a pesar de que no todas llevaron a sus hijos imaginando este posible estado nutricional. Algunas de ellas manifestaron sorprenderse ante el diagnóstico, sin embargo, no se observa resistencia al mismo<sup>4</sup>.

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

Las madres identificaron en el discurso diferencias entre la denominada desnutrición y la situación de bajo peso por la que atraviesan, o atravesaron sus hijos. Si bien la situación nutricional es identificada como negativa es posible advertir cómo subestiman el diagnóstico

---

<sup>2</sup> La investigación se desarrollo en la Ciudad de Tandil, Provincia de Buenos Aires.

<sup>3</sup> Criterios constitutivos del indicador denominado bajo peso.

<sup>4</sup> Las madres consideraron en las entrevistas que aspectos como el horario de atención (7 a 17 hs.), el acceso universal al servicio (sin restricciones a números, cantidad de pacientes diarios o practica médica), el emplazamiento geográfico (escasa distancia hasta los domicilios de las unidades domesticas), la derivación al Hospital en la medida de lo necesario, el acompañamiento permanente, hacían oportuno el tratamiento de la situación de bajo peso de sus hijos en el CAPS como así también de la salud de todo los integrantes de la unidad. Esta observación merece ser expuesta teniendo en cuenta el significado que en otros estudios (Lumi, 1993) le han otorgado a la atención hospitalaria en detrimento de los CAPS.

de bajo peso cuando consideran y lo comparan con el término desnutrición. El hecho de que el diagnóstico informado no represente una ruptura clara con los comportamientos habituales probablemente resta importancia al padecimiento, naturalizando y minimizándolo. Al mismo tiempo, se debería considerar el significado social del término desnutrición el cual aflora no solo en los discursos de las madres, sino en funcionarios, profesionales o medios de comunicación.

La condición física de delgadez no estimuló en todos los casos a las madres a concurrir al CAPS. Algunos niños fueron diagnosticados en el marco de controles regulares de estado general de salud, otros concurren junto a sus madres por sugerencia de parientes - amigos y otras madres llevaron a sus hijos al CAPS porque ante el hecho de que comía “poco” y, teniendo experiencias previas de bajo peso en otros hijos, “no querían que les vuelva a pasar lo mismo”. En un artículo sobre el encubrimiento de la desnutrición Aguirre y otros (1986) señalan que la población no problematiza su existencia sino sus consecuencias cuando éstas se manifiestan con síntomas somáticos agudos (fiebre, vómitos, diarreas), a la vez que se oculta el problema bajo un criterio de normalidad, que en el discurso se refleja con expresiones del tipo “son flaquitos”, “son menuditos”, “comen poco”. Sin embargo, visualizamos que la experiencia previa, es decir, que otros hijos hallan transitado por diagnóstico de bajo peso, hace notar el fenómeno. Asimismo, el discurso manifiesta, a la vez y con mucha fuerza, relativa normalidad, bajo las expresiones “ella no quiere comer”, “come pocas cosas, solo lo que le gusta”, “come poquito”.

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

Identificamos que aquellas unidades domésticas que adjudican la responsabilidad del estado nutricional a la falta de alimentos (a través de un acceso mercantilizado o no<sup>5</sup>) superaron el estado inicial de bajo peso. Sin embargo, en aquellas unidades domésticas donde vinculan la situación de bajo peso con alguna otra circunstancia vivida por miembros de la unidad, se observa la transferencia de la responsabilidad del diagnóstico al niño y la madre.

El diagnóstico es vivido como algo negativo por todas las entrevistadas pero se observan diferencias en el argumento causal. Advertimos cómo se diluyen en los discursos de las madres las condiciones de vida como causales de la desnutrición, deslizándose hacia el terreno individual. Cuando Aguirre (1986) propuso dos modelos interpretativos del sistema

---

<sup>5</sup> Se identifican dos vías posibles de acceso al consumo alimentario: consumos obtenibles con dinero (compras particulares de las unidades domésticas y compras en conjunto -comunitarias-) y consumos no obtenibles con dinero, resultado de formas propias de organización familiar y como producto de la intervención estatal y organismos gubernamentales.

sanitario señaló uno teórico, donde la desnutrición es considerada como patología social que reconoce razones estructurales, y un modelo instrumental, donde las causas sociales se diluyen en el terreno de lo individual o de lo familiar, de tal modo que las condiciones de vida que están en la base de la desnutrición desaparecen del argumento causal. Probablemente nos podamos interrogar acerca de cuánto penetró el discurso instrumental en las propias unidades domésticas que padecen desnutrición y las consecuencias sobre las prácticas que establecen para superar el diagnóstico inicial. Varias entrevistadas no rechazan el diagnóstico de bajo peso sino la causalidad social de la misma. Ponen el acento no en la falta de comida sino en algún problema del organismo, algo así como una idea de que el propio cuerpo rechaza el alimento.

Observamos que las madres, en función del causal de desnutrición identificado, despliegan prácticas diferentes. En consecuencia, aquellas madres que señalaron la escasez de alimentos como responsable del estado nutricional optaron por adjudicar la responsabilidad a la falta de empleo, el tipo de productos y la escasa cantidad de alimentos que entregan los programas alimentarios en relación a los miembros de la unidad, la cantidad de alimentos recibido por los niños en los comedores escolares, entre otros factores que exceden las fronteras de la unidad doméstica. Las madres cuyos niños aun persisten en la situación de bajo peso a pesar de la disponibilidad de alimentos, se autoresponsabilizaron de modo más directo y otorgaron a los niños diagnosticados también un rol protagónico en términos de responsabilidad por la situación que atraviesan. Exceptuaron al varón (pareja y padre biológico de los niños) cuando consideraron quienes podrían haber hecho algo diferente para evitar la situación. Consideramos necesario exponer que se visualiza la mayor carga en las mujeres-madre entrevistadas.

### **III. c. Las reacciones ante el diagnóstico**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Según el relato de todas las madres la pareja varón no interviene en las actividades domésticas y de cuidado de los niños, aunque decide en gran parte en que se gasta el dinero producido.

### **III. d. Asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud de los niños**

En este momento de la experiencia observamos en todas las unidades domésticas un modelo patriarcal de relaciones lo cual indica un sistema jerarquizado que en las prácticas adquiere materialidad a través de la diferenciación entre tareas productivas del hombre (producción de bienes y servicios) y tareas reproductivas de la mujer (aluden a la maternidad, responsabilidades domésticas incluido el cuidado de los miembros de la familia). La relevancia asignada a la figura de la mujer-madre-cuidadora por parte de la figura masculina, en tanto encargada “*natural*” del cuidado de los niños, define que la atención de la salud es tarea de ellas. Esto reproduce el modelo tradicional de género y, a su vez, esta presente en los discursos y las prácticas de la medicina hegemónica.

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

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

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

La mujer con la invisibilidad de su trabajo en el ámbito doméstico garantiza la producción y reproducción de la fuerza de trabajo y la ubica en el lugar de gestora y

administradora de los pocos recursos con que cuenta la unidad doméstica, asegurando la reproducción social.

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

Observamos que en las unidades domésticas donde las condiciones materiales de vida se evidencian a través de la falta de alimentos, la responsabilidad de la situación nutricional de los niños no necesariamente se identifica con la figura materna, también es considerado el padre en tanto proveedor. Pero, fundamentalmente, en estas unidades el eje de responsabilidad gira en relación a los “*otros*”. Este “*otros*” no está concretamente identificado aunque es posible advertir que refiere al Estado y sus funcionarios. Por otra parte, aquellas unidades donde se pudo observar disponibilidad alimentaria la responsabilidad es vivida en términos individuales por la madre, adjudicándose la carga de los resultados negativos. Discursos que refieren a maneras de afrontar los cambios (mudanza, pareja, embarazo, situaciones de salud de otros miembros de la unidad) permiten visualizar el impacto de sus decisiones sobre la salud de los niños, lo que manifiesta las etapas del ciclo de vida familiar. Podemos entonces establecer una vinculación entre etapas del ciclo de vida familiar, identificadas por las madres al momento de las entrevistas, con el diagnóstico de bajo peso de los niños.

#### **IV. Consideraciones finales**

Hemos realizado el ejercicio de abordar el problema de la malnutrición infantil desde una perspectiva sociocultural, concibiendo a la enfermedad y a la experiencia de enfermar como construcción social. El modelo biomédico es una forma de pensar la enfermedad, de allí que desde otras visiones -tales como la nuestra- se advierta que la experiencia de enfermedad (*illness*) es algo diferente a la concepción biológica de la misma (*disease*). Parte del colectivo médico, en una actitud diferente a la que sostenían hace 20 años, aceptan el hecho de que la ‘enfermedad’ del paciente no coincide con la ‘enfermedad’ del médico. Así pues se reconoce un cambio en la concepción del “punto de vista del enfermo” que deja atrás la idea de una percepción profana concebida como simple distorsión y empobrecimiento del saber médico, y deja lugar a un modo de pensar autónomo que tiene su propia coherencia (Herzlich y Pierret, 1988). Ser un enfermo no designa solamente un estado biológico, sino que define también la pertenencia a un status. Ser un ‘enfermo’ es también ser o no un ‘paciente atendido’ es decir

entrar en relación con una de las instituciones más importantes de nuestra sociedad: la medicina y los servicios de salud.

El análisis e interpretación de prácticas sociales de unidades domésticas con niños desnutridos en la Ciudad de Tandil generaron la posibilidad de visualizar las vivencias y experiencias que transitaron en el ‘momento’ del diagnóstico –en este caso de desnutrición de los niños de la unidad- y dentro de éste fue posible distinguir ‘instantes’ de ese mismo proceso inicial. En el desarrollo de esta ponencia analizamos: reconocimiento e identificación del problema y las causas; procesamiento de las reacciones intra y extra-domésticas y asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud de los niños.

Esperamos que lo expuesto en esta ponencia constituya una contribución a los equipos e instituciones que cotidianamente abordan situaciones de desnutrición infantil y estimule la apertura de espacios de debate que permitan problematizar concepciones pre-establecidas y habitualmente utilizadas, superando lecturas lineales de los procesos de enfermedad y de la malnutrición infantil en particular.

## **V. Bibliografía**

**AGUIRRE, P.** (2005). *Qué comen los argentinos que comen?* Buenos Aires: Ed. CIEPP-Miño y Dávila Editores.

**HERZLICH Y PIERRET.** (1988). “De ayer a hoy: construcción social del enfermo”. *Cuadernos Médicos Sociales*.

**IDOYAGA MOLINA, A.** (2007). “La selección y combinación de medicinas en San Juan” en Idoyaga Molina, A. (ed.) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Buenos Aires. Ed. CAEA-IUNA.

**MADRID, L.** (2004). “Estrategias Familiares y Seguridad Alimentaria”. Tesis de Grado en Trabajo Social. FCH - UNICEN.

**MENÉNDEZ, E.** (2008). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” en Spinelli, H. (Comp.), *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

**ROTONDI, G.** (2000). *Pobreza y masculinidad. El urbano marginal*. Buenos Aires: Ed. Espacio.