

**REVISTA MULTIDISCIPLINARIA DE
SALUD EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**
MULTIDISCIPLINARY JOURNAL OF HEALTH IN INFANTS AND ADOLESCENTS



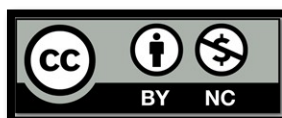
ISSN 2982-4265



REVISTA CIENTÍFICA CON REVISIÓN DE PARES
PUBLICACIÓN BILINGÜE DIGITAL DE ACCESO LIBRE
FRECUENCIA TRIMESTRAL

SUPLEMENTO ESPECIAL N° 1

JULIO 2024 JULY 2024



EDITORS IN CHIEF / EDITORES EN JEFE

ROBERTO R. HIRSCH

Ex Prof. Titular Infectología, Universidad de Buenos Aires
Jefe Departamento Infectología, Hospital Muñiz
Director Carrera Esp. Infectología Universidad de Buenos Aires

HÉCTOR E. CARVALLO

Ex Prof. Adjunto De Medicina, Universidad de Bs. As.
Ex Prof. Asociado de Medicina, Universidad Maimónides
Prof. Asociado de Medicina, Universidad de Morón
Prof. Asoc. de Medicina, Univ. Abierta Interamericana

EDITORIAL BOARD / BOARD EDITORIAL

PIERRE KORY (USA)

Prof. Critical Care Service
University of Wisconsin School of Medicine
Pulmonary and Critical Care Specialist
President and Chief Medical Officer
Front Line COVID-19 Critical Care Alliance (FLCCC)

MARCELO CORTI (ARGENTINA)

Prof. Infectology
Universidad de Buenos Aires

FRANCESCO MATOZZA (ITALY)

Neuroradiology and Oncology
Universite de Paris

PAULA GONZÁLEZ MEDRANO (SPAIN)

Degree in Psychology, Pontifical University of Salamanca
Specialist in Clinical Psychology
Associate Professor UNED and University Clinic of Navarra
Director of Estella Mental Health Center

PROF. DR. JAVIER SCIUTO (URUGUAY)

Especialista en Bioestadísticas
Ex Prof. Facultades de Medicina (Uruguay y Brasil)

FLÁVIO A. CADEGIANI (BRASIL)

Endocrinologist & Visiting Professor, Faculty of Florianópolis (FAESF), Brazil
Founder, President & Medical Director – Corpometria Institute, Brazil
Consultant Commission for Incorporation of New Technologies, Devices and Drugs, Brazilian Health System

OLUFEMI EMMANUEL BABALOLA (NIGERIA)

Professor of Ophthalmology
Consultant ophthalmologist Rachel Eye Center, IP HOD Surgery, Bingham University, Jos / Karu.
Vice President, MEACO. President, Guild of Medical Directors

RAMBLA LORENZO BATTLE 1066 APT. 2007 PUNTA DEL ESTE URUGUAY

JHIAUruguay@gmail.com

AÑO 1 NÚMERO 4

JULIO 2024

EDITORIAL

Este primer número suplementario marca un hito en los convenios de cooperación, en este caso entre la Fundación Infectológica para la Niñez y Adolescencia (F.I.N.A.), y el Post Grado de la Universidad Nacional del Nordeste (U.N.N.E.).

El mismo apoya la difusión nacional e internacional, en forma gratuita, de las Tesis de aquellos Doctorando y Licenciados, cuya calificación haya sido diez puntos.

En esta primera oportunidad, el número está dedicado a Carlos Eduardo Rubio, Médico, Diplomado en Salud Pública (Universidad del Nordeste, Argentina).

Al margen de los contenidos detalladamente enumerados en el trabajo científico, la tesis revela una desgarradora realidad que se repite en el interior de Argentina.

EDITORIAL

This first supplementary issue marks a milestone in cooperation agreements, in this case between the Foundation of Infectology for Children and Adolescents (F.I.N.A.), and the Post Graduate Program of the Universidad Nacional del Nordeste (U.N.N.E.).

It supports the national and international dissemination, free of charge, of the Theses of those Doctoral students and Graduates, whose grade has obtained ten points.

On this first occasion, the issue is dedicated to Carlos Eduardo Rubio, Physician, Public-Health Diploma (Universidad del Nordeste, Argentina).

Aside from the contents detailed in the scientific work, the thesis reveals a heartbreaking reality that is repeated in the interior of Argentina.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES
NORMAS Y REQUISITOS PARA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

1. Los trabajos deberán ser enviados a ***JHIAUruguay@gmail.com***
2. Si hubiere información sobre la identificación de un paciente y/o fotografías que revelaran la misma se requerirá el consentimiento escrito del mismo.
3. El trabajo debe ser inédito, escrito en formato WORD.
4. La extensión de los trabajos deberá ajustarse a:
Casos Clínicos.
Investigaciones.
Propuestas.
Artículos de Revisión.
5. El orden de cada trabajo será el siguiente (cada sección debe comenzar en una nueva página):
 - a) Página del título
Título del artículo, conciso pero informativo sobre el contenido de la publicación.
Nombre y apellido de los autores.
Nombre del Departamento, Servicio e Institución a la que el trabajo debe ser atribuido.
Nombre y dirección del autor con quien establecer correspondencia.
Origen del apoyo financiero (si lo hubo).
Las referencias a los cargos de los autores figurarán con el mayor título académico al pie de la página.
 - b) Resumen
Debe hacer referencia al propósito del estudio o investigación, material y método utilizado, resultados obtenidos y principales conclusiones.
En castellano e inglés, de no más de 150 palabras para los resúmenes no estructurados y de no más de 250 para los estructurados.
A continuación 3 a 10 palabras claves para la búsqueda del artículo.
 - c) Los trabajos de Investigación y las Experiencias Clínicas deben dividirse en secciones (Introducción -Material y Método – Resultados - Discusión).
Otros tipos de artículos, como los "Casos Clínicos" y "Artículos de Revisión" pueden adaptarse a otros formatos que sean aprobados por los Editores.
Introducción:
Exponga el propósito del artículo y resuma la racionalidad del estudio u observación.
Material y método:
Describa claramente la selección de los sujetos que ha observado o con quienes ha experimentado (pacientes, animales de laboratorio, incluyendo los controles).
Identifique los métodos, aparatos (con el nombre del fabricante y la dirección entre paréntesis) y los procedimientos usados con suficiente detalle para que permita a otros autores reproducir el trabajo.
Cuando utilice métodos bien establecidos de uso frecuente (incluso los estadísticos) nómbralos con sus respectivas referencias; cuando éstos hayan sido publicados, pero no se conozcan bien, agregue una breve descripción de los mismos.
Si los métodos son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalos con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones.
Cuando comunique experiencias con personas indique si los procedimientos seguidos estaban de acuerdo con las reglas éticas del Comité de Experimentación Humana de la Institución donde se hizo el experimento, o de acuerdo con la declaración de Helsinki de 1975.
Identifique con precisión todas las drogas empleadas, incluyendo los nombres genéricos, dosis y vías de administración.
No use los nombres de pacientes, iniciales o número de registro del hospital.
Incluya el número de observaciones y el significado estadístico de los hallazgos cuando corresponda.
Describa los análisis estadísticos, las derivaciones matemáticas.
Resultados:
Presente los resultados en secuencia lógica en el texto nuevo, tablas e ilustraciones.

No repita en el texto todos los datos que están en las tablas y/o ilustraciones, ponga énfasis o resuma solamente las observaciones importantes.

Discusión:

Enfatice los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que surgen de él. No repita en detalle los datos que figuran en Resultados.

Incluya en Discusión la implicancia de los hallazgos y sus limitaciones y relate las observaciones de otros estudios relevantes.

Relacione las conclusiones con los objetivos del estudio, pero evite conclusiones que no estén completamente apoyadas por sus hallazgos.

Evite argumentar que el trabajo no ha sido completado.

Plantee nuevas hipótesis cuando corresponda, pero aclare que son sólo hipótesis.

Las recomendaciones, si son adecuadas, deben incluirse.

Agradecimientos:

Agradezca solamente a las personas e instituciones que han hecho contribuciones sustanciales al estudio.

d) Bibliografía

Las citas bibliográficas deben mencionarse en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto, mediante numerales arábigos colocados entre paréntesis al final de la frase o párrafo en que se las alude.

Las referencias que sean citadas únicamente en las tablas o en las leyendas de las figuras deben numerarse en la secuencia que corresponda a la primera vez que se citen dichas tablas o figuras en el texto.

Los trabajos aceptados por una revista, pero aún en trámite de publicación, deben anotarse agregando a continuación del nombre de la revista "(en prensa)".

Los trabajos enviados a publicación, pero todavía no aceptados oficialmente, pueden ser citados en el texto (entre paréntesis) como "observaciones no publicadas", pero no deben ubicarse entre las referencias.

Se debe seguir el siguiente orden:

Artículos en revistas: apellido e inicial del nombre del o los autores, en mayúsculas. Mencione todos los autores cuando sean 6 ó menos; si son 7 ó más, coloque los 6 primeros y agregue "et al". A continuación el título completo del artículo.

Nombre de la revista en que apareció (abreviado según el Index Medicus) año de publicación; volumen de la revista: página inicial y final del artículo.

En libros: apellido e inicial del nombre del o los autores en mayúsculas. Título del libro. Edición.

Ciudad y país: casa editora; año de publicación.

Si es capítulo de un libro: Autores. Título del capítulo. "En..." (todas las referencias del libro). Página inicial y final del capítulo.

Material electrónico: como en artículos en revistas indicando la dirección del correo electrónico de procedencia del trabajo.

Los autores son responsables de la exactitud de sus referencias.

6. Material Ilustrativo

Tablas: presente cada tabla en hojas aparte, separando sus líneas con doble espacio. Numere las tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido (Título de la tabla).

Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado.

Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la Tabla.

Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estándar.

Cite cada Tabla en su orden consecutivo de mención en el texto de trabajo.

Figuras: denomine "Figura" a cualquier ilustración que no sea Tabla (Ej.: Gráficos, Radiografías, Electrocardiogramas, Ecografías, etc.).

Los gráficos deben ser dibujados por un profesional o empleando un programa computacional adecuado.

Envíe las fotografías en blanco y negro, en tamaño 9 x 12 cm.

Las letras, números flechas o símbolos deben verse claros y nítidos en la fotografía y deben tener un tamaño suficiente como para seguir siendo legibles cuando la Figura se reduzca de tamaño en la publicación.

Sus títulos y leyendas no deben aparecer en la fotografía, sino que se incluirán en hoja aparte, para ser compuestos por la imprenta.

Al dorso de cada fotografía debe anotarse con lápiz de carbón o en una etiqueta pegada, el número de la Figura, el nombre del autor principal y una flecha indicando su orientación espacial.

Los símbolos, flechas o letras empleadas en las fotografías de preparaciones microscópicas deben tener tamaño y contraste suficiente para distinguirse de su entorno, indicando métodos de tinción empleados y ampliación realizada.

Cite cada Figura en el texto, en orden consecutivo.

Si una Figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo.

Envíe las Figuras protegidas en un sobre grueso de tamaño apropiado.

Las fotografías de pacientes deben cubrir parte(s) del rostro para proteger su anonimato.

7. La Dirección de la Revista se reserva el derecho de aceptar los trabajos, así como de realizar correcciones gramaticales que no impliquen un cambio conceptual del original, cuando lo considere necesario.

8. La Revista no se responsabiliza por las apreciaciones, comentarios y/o afirmaciones manifestadas por los autores de sus trabajos.

9. No se podrá reproducir ningún material publicado en la revista sin autorización, y deberá destacar el origen.

9. Costos. En caso de ser aprobada el artículo para su ulterior publicación, los costos a tal efecto serán de u\$s 400 (dólares cuatrocientos), pagaderos a través de la cuenta de la Revista, que se proporcionará a los Autores oportunamente.

AUTHORS' GUIDE

STANDARDS AND REQUIREMENTS FOR PUBLICATION OF ARTICLES

1. Papers must be sent to **JHIAUruguay@gmail.com**

2. If there is information about the identification of a patient and/or photographs that reveal it, the written consent of the patient will be required.

3. The work must be unpublished, written in WORD format.

4. The extension of the works must be adjusted to:

Clinical Case: maximum length: 8 pages, up to 2 tables and 2 figures.

Letters from readers: maximum length: 3 pages, 1 table or figure and up to 6 bibliographical citations.

5. The order of each work will be as follows (each section must begin on a new page):

a) Title Page

Title of the article, concise but informative about the content of the publication.

Name and surname of the authors.

Name of the Department, Service and Institution to which the work must be attributed.

Name and address of the author with whom to establish correspondence.

Origin of financial support (if any).

References to author positions will appear with the largest academic title at the bottom of the page.

b) Summary

It must refer to the purpose of the study or research, material and method used, results obtained and main conclusions.

In Spanish and English, no more than 150 words for unstructured abstracts and no more than 250 for structured ones. Below 3 to 10 keywords for the article search.

c) Research papers and Clinical Experiences should be divided into sections (Introduction -Material and Method - Results - Discussion).

Other types of articles, such as "Clinical Cases" and "Review Articles" may better accommodate other formats that are approved by the Editors.

Introduction:

State the purpose of the article and summarize the rationale for the study or observation.

Material and method:

Clearly describe the selection of subjects you have observed or experimented with (patients, laboratory animals, including controls).

Identify methods, apparatus (with manufacturer's name and address in parentheses), and procedures Used in sufficient detail to allow other authors to reproduce the work. When using well-established and frequently used methods (including statistical ones) name them with their respective references; when these have been published, but are not well known, add a brief description of them. If the methods are new or you applied modifications to established methods, describe them precisely, justify their use and state their limitations.

When reporting experiences with people, indicate whether the procedures followed were in accordance with the ethical rules of the Human Experimentation Committee of the Institution where the experiment was carried out, or in accordance with the Declaration of Helsinki of 1975. Identify precisely all the drugs used, including generic names, doses and routes of administration. Do not use patient names, initials, or hospital registration number.

Include the number of observations and the statistical significance of the findings where applicable. Describe statistical analyses, mathematical derivations.

Results:

Present the results in logical sequence in the new text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all the data that is in the tables and/or illustrations, emphasize or summarize only the important observations.

Discussion:

Emphasize the new and important aspects of the study and the conclusions that emerge from it. Do not repeat in detail the data contained in Results. Include in Discussion the implications of the findings and their limitations and report observations from other relevant studies.

Relate the conclusions to the objectives of the study, but avoid conclusions that are not fully supported by your findings. Avoid arguing that the job has not been completed. Make new hypotheses where appropriate, but make it clear that they are just hypotheses. Recommendations, if appropriate, should be included.

Thanks:

Thank only the individuals and institutions that have made substantial contributions to the study.

d) Bibliography

Bibliographic citations must be mentioned in the order in which they are mentioned for the first time in the text, using Arabic numerals placed between parentheses at the end of the sentence or paragraph in which they are referred to.

References that are cited only in tables or figure legends must be numbered in the sequence that corresponds to the first time said tables or figures are cited in the text. Papers accepted by a journal, but still in the process of being published, must be noted by adding "(in press)" after the name of the journal. Papers submitted for publication, but not yet officially accepted, may be cited in the text (in parentheses) as "unpublished observations", but should not be placed among the references.

The following order must be followed:

Articles in journals: surname and initial of the name of the author(s), in capital letters. Mention all the authors when there are 6 or less, if there are 7 or more, place the first 6 and add "et al".

Below is the full title of the article. Name of the magazine in which it appeared (abbreviated according to the Index Medicus) year of publication; volume of the magazine: initial and final page of the article.

In books: surname and initial of the name of the author(s) in capital letters. Title of the book. Edition. City and country: publishing house; year of publication. If it is a chapter of a book: Authors. Chapter title. "In..." (all book references). Initial and final page of the chapter.

Electronic material: as in articles in magazines indicating the email address from which the work originated.

The authors are responsible for the accuracy of their references.

6. Illustrative Material

Tables: Present each table on separate sheets, separating its lines with double space. Number the tables in consecutive order and give them a title that explains their content (Table Title). Above each column place a short or abbreviated heading.

Separate with horizontal lines only the column headings and general titles. Data columns must be separated by spaces and not by vertical lines. When clarifying notes are required, add them to the

bottom of the Table. Use explanatory notes for all non-standard abbreviations. Cite each Table in its consecutive order of mention in the working text.

Figures: call "Figure" any illustration that is not a Table (Ex : Graphs, X-rays, Electrocardiograms, Ultrasounds, etc.). Graphics must be drawn by a professional or using a suitable computer program. Send the photographs in black and white, in size 9 x 12 cm. Letters, numbers, arrows, or symbols must be clear and sharp in the photograph and must be large enough to remain legible when the Figure is reduced in size in publication. Their titles and captions should not appear on the photograph, but will be included on a separate sheet, to be composed by the printer.

The number of the Figure, the name of the main author and an arrow indicating its spatial orientation should be noted on the back of each photograph with charcoal pencil or on a glued label. The symbols, arrows or letters used in the photographs of microscopic preparations must have sufficient size and contrast to distinguish them from their surroundings, indicating the staining methods used and the magnification performed.

Cite each Figure in the text, in consecutive order. If a Figure reproduces already published material, indicate its source and obtain written permission from the original author and publisher to reproduce it in your work.

Ship Protected Figures in a thick envelope of appropriate size.

Patient photographs must cover part(s) of the face to protect their anonymity.

7. The Journal Management reserves the right to accept the papers, as well as to make grammatical corrections that do not imply a conceptual change from the original, when deemed necessary.

8. The Journal is not responsible for the appreciations, comments and/or affirmations expressed by the authors of their works.

These standards are in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals, established by the International Committee of Medical Journal Editors (5th Edition).

Transmitter of author rights

A letter signed by all the authors will be included with the manuscript, containing the following paragraph. "The undersigned transfers all copyrights to the journal, which will own all material submitted for publication." This assignment would be valid in the event that the work was published by the journal. No material published in the journal may be reproduced without permission.

9. COSTS. If the article is approved, it will be published for free.

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

AUTOR: Carlos Eduardo Rubio

Médico. Diplomado en Salud Pública. Universidad del Nordeste. Argentina

RESUMEN

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 de 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 semiestructurada 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.

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 de 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 enripadas 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?

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 (Borghí, 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.

Marco Teórico

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), quién 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), quién 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. 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.

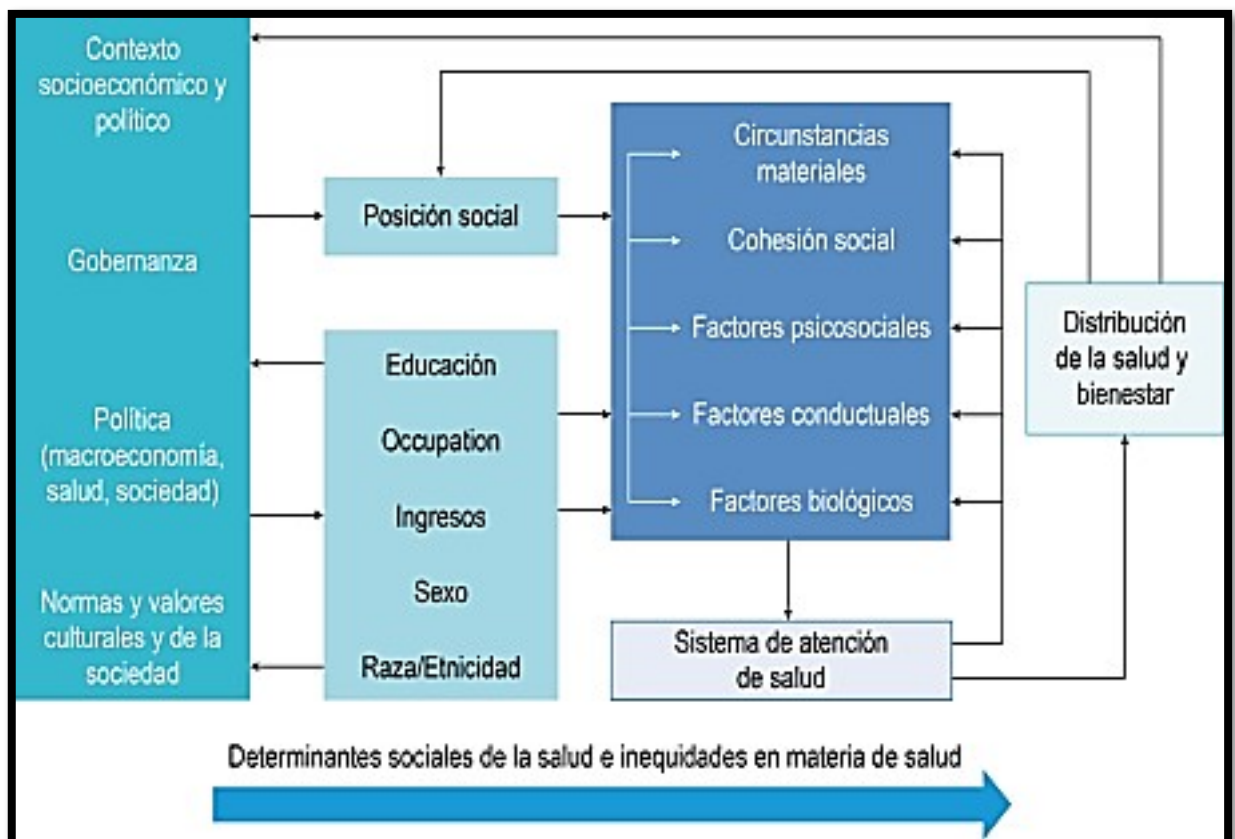
De acuerdo con la definición de la OMS (OPS, 2017), los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, también la definición incluye al sistema de salud.

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.

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 diferencias 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.

FIGURA 2

MARCO CONCEPTUAL DE LAS RELACIONES ENTRE POBREZA, INSEGURIDAD ALIMENTARIA, OTROS DETERMINANTES DE

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 Diaz Córdoba, 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.

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 trasmisibles 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.

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 significado, 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, transmitidos 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).

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 aceptó 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.

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.

2. Objetivos

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.

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.

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.

Material y Método:

1. Diseño del estudio: Cualitativo, a partir de la Teoría fundamentada (Grounded theory).

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)).

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. 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.

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.

6. Criterios de exclusión:

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

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 semiestructurada 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 transcriptas 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)

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.

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	¿Cobran planes sociales? ¿Me podrías nombrar

		poblaciones específicas o de corte universal, que son aportados por los gobiernos nacionales,	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	<p>¿Alguna vez te enseñaron que alimentos eran mejores para los niños/as?</p> <p>¿En la escuela o en el centro de salud alguien te explicó que comidas son importantes para una buena alimentación?</p> <p>¿Me explicarías qué necesitas para preparar una alimentación adecuada para tus hijos/as?</p>
--	--	---	---

		¿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?

10. Análisis de la información empírica:

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

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 3º paso).

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

3º 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.

4º 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.

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

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

7º 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

Se completaron durante la bajada a terreno

Se completó con posterioridad 1º Paso en la comparación

Registro (Observables)	Comentarios	Análisis

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

MEMO N° 1

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.

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 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-Anticono, 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 juntados 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 juntados 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 “juntados” es aquí utilizado como sinónimo de lo que técnicamente se señala como convivencia.

Por su parte E6, refiere que: *“Vivo con mi marido, estamos juntados, 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.

E5: *“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.

E6: *“Con otras familias usurpamos unos terrenos, primero hicimos un rancho 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, cumpla 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 progeneratura

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 profundizo 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 CANASTAS ALIMENTARIAS Y BÁSICAS TOTALES. ENERO 2022. ENCUESTA PERMANENTE 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 FAMILIARES
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 YouTube, 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 trasmite 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 mis 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 plato 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 está 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.

Meijia, 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/asse 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**.

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.

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.



“No me interesan la alabanza o la crítica,
me basta con seguir mis propios sentimientos.”

Wolfgang Amadeus Mozart

“I am not interested in praise or criticism,
it is enough for me to follow my own feelings.”

SOCIAL REPRESENTATIONS ON MALNUTRITION IN HEADS OF HOUSEHOLD
WHO ARE RESPONSIBLE FOR A CHILD UNDER FIVE YEARS OLD WITH A
DIAGNOSIS OF CHRONIC MALNUTRITION, IN THE VILLA DON ANDRÉS
RESISTENCIA NEIGHBORHOOD, CHACO, ARGENTINA

AUTHOR : Carlos Eduardo Rubio

Doctor's Diploma in Public Health. Universidad del Nordeste. Argentina

SUMMARY From the perspective of social and community health, malnutrition is not only a product of inadequate or insufficient food intake, it is associated with a set of processes interrelated with inequalities in access to health, education, and basic services. , gender inequality, place of residence, etc.

Therefore, eating behavior , as a social fact, implies the necessary addressing of the psychosocial, economic and cultural aspects that determine it.

General objective : To know the social representations about malnutrition in heads of household who have or were in charge of a child under five years of age with a diagnosis of chronic malnutrition, in the Villa Don Andrés Resistencia neighborhood, Chaco, Argentina.

Methodology: Study design: qualitative, based on grounded theory (Grounded theory). The population was made up of women heads of household who have or were responsible for a child under five years of age 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 were responsible for a child under five years of age with a diagnosis of chronic malnutrition.

Type of Sample: intentional sampling was carried out until theoretical saturation was achieved, becoming theoretical sampling.

The inclusion criteria were: women heads of households who live within the programmatic area of the Villa Don Andrés Health Center, identified as guardians of children under five years of age in their care and who suffer or have suffered from chronic malnutrition , women heads of households household that agreed to participate in the study.

Exclusion criteria: Women 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-structure interview technique was used. The interviews were recorded in a three-column register. Analysis technique: A spiral analysis was carried out (going out to the field, recording and recording the interviews, analyzing them, going out to the field again and repeating the cycle already described), Glasser 's Constant Comparative Method was also used. and Strauss. The control of subjectivity was carried out by epistemological surveillance of the process.

Results: The families of origin of the heads of household were made up, in all cases, of rural migrant families that settled in peripheral neighborhoods of Resistencia, belonging to large families that only finished primary education. The family of the malnourished child was made up, for the most part, of a complete nuclear family based on a cohabiting marital relationship made up of several descendants. They live in rented homes or are not legal owners of the property. Family income is fundamentally determined by state social plans. Regarding beliefs, consider that malnourished children are small, skinny and still; but if they are petite and fatties are also malnourished. The diagnosis of malnutrition of their children caused them to feel 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.

The majority of those interviewed know the correct proportions of nutrients that the stew must have to be nutritious and that junk food is not suitable for good nutrition for the child. Regarding the causes, they say that it is because they do not eat enough, or because they breastfed while nervous, the consequences are: failures in their defenses, they are left behind or do not grow well. The majority learned about malnutrition from the media and social networks. In relation to the strategies they generate to allow their subsistence, an insularization is observed and family life plans are fundamentally given by family networks that act as economic support.

The absence of community networks stands out.

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.

A) CONTENT OR BODY OF THE WORK

• Statement of the problem

As a medical student at the National University of Córdoba (1970-1977), malnutrition was already a topic that caught my interest, although at that time I considered it a cause of infections, diarrhea and a greater number of hospitalizations in the Children's Hospital. My attention was drawn to the large number of patient readmissions, with increasingly severe symptoms and life-threatening complications; The theory of the health personnel, regarding these conditions, is that the cause of the readmissions would have to be sought in the socioeconomic conditions of the patients and in the political context, it was common to hear some of the following explanations: *"stabilized they return their ranches, to the filth and ignorance of their parents, the negative circle is closed,"* or *"we do what we can, but there are things that depend on the government."*

On the other hand, in 1977, I began my work as a general practitioner in El Sauzalito, a town located in the Impenetrable Chaqueño, 600 km from the capital; a town with dirt roads and accessibility problems to electricity and drinking water services.

He was the only doctor in a 120 km radius, facing the problem of poverty, malnutrition and the death of children, in a context of interculturality, with the Mataco indigenous population (today called Wichí), with Creole migrants from Salta and workers from public institutions (school, hospital, roads), natives of other towns and provinces. 50% of the health personnel were made up of nursing assistants, belonging to the Wichí community of the Rural Health Program, with whom I was able to learn codes and rituals of their community, thus beginning my paradigm shift with respect to medicine, a process that, by the way, it had already started in my first years at the Faculty of Medicine. I tried to improve health education with talks on hygiene in food preparation, especially milk, but the material conditions of the families were very precarious and unfavorable to reversing illness and death only through the health sector.

Also, the milk provision of the Maternal Plan was clearly insufficient. It would take several years for the World Health Organization (WHO) to propose, to member countries, breastfeeding as a strategy to control infant deaths, and education for mothers in conjunction with hygienic measures (Atalat, Bustos, Ruz, & Hurtado, 1980).

It was a difficult time at work, working in the field without the possibility of training and access to advances in the field of medicine.

At the time of my return to Chaco in 1983, to the Colonia Benítez Health Center, in the international context there was already talk of Primary Health Care (PHA) (PHAO, 1978). We try, then, to implement the postulates of participation and value the well-being of families.

In the 1980 census, poverty appears as concrete data and, in 1983, during the Alfonsín Presidency, the National Food Plan (PAN) was implemented (Britos, O'Donnell, Ugalde, & Clacheo, 2002), using assign the food boxes the unmet basic needs (UNB) data. My doubt about the intra-family distribution of food appears there, they all came from the same NBI strata, but some had minor children with malnutrition and others did not, the situation not improving, despite receiving food aid.

Since from the anthropology of food (Harris, 1975), it was shown that mothers who receive extras and nutritional contributions from nutritional programs aimed at children with serious nutritional problems, do not distribute food with criteria of nutritional risk, but rather who does it equally among all his children. I began to think about researching how food is distributed in families that have a malnourished member and its relationship with the situation of poverty and, with my registration for the doctorate in Medicine at the Faculty of Medicine, there is the possibility of doing the research that always fascinated me.

With my entry into university teaching at the UNNE Faculty of Medicine, in the discussion of the Hegemonic Medical Model (MMH) (Belmartino, 1998), I began to adhere to the socio-historical model and the valuation of qualitative methods, as the most explanatory of the phenomena of malnutrition. In our country, the first national study on the geographical distribution of malnutrition was carried out only in the 1960s (Cetrangolo, 1966).

Subsequently, another study (Escudero, 1972) observed that, although the average calories per inhabitant was optimal, malnutrition was significant in children under five years of age in Argentina, with a greater impact in the provinces of Northeast Argentina (NEA) and Northwest (NOA); The inequity of distribution was the determining cause of malnutrition and, in addition, it demonstrated that there was a high under-reporting of malnutrition, which would make the real number of deaths due to malnutrition more serious.

According to the National Ministry of Health, during the 90s, there was an increase in the number of children with low birth weight; Regarding the infant mortality rate, there was a slight decrease at the expense of the neonatal mortality rate and post-neonatal death increased; in addition, there was a stagnation of mortality in children under 5 years of age.

increase in deaths due to malnutrition deficiencies was striking, it went from 6th to 3rd place as causes of death in the period analyzed and the increase in deaths from pneumonia in children due to malnutrition in children under 5 years of age (Lomuto, 1998).

The problem deepened over the years, so that in 2019, 15.5% of those under 18 years of age suffered severe food insecurity, some 2 million children suffered from hunger due to lack of resources, 4.5 million children and adolescents live in homes in which, due to economic problems, the amount of food consumed has been reduced.

insecurity is that suffered by those who, in a period of 12 months, had situations in which they could not satisfy their food requirements, it affects 7% (1 in 14) of households, which is equivalent to 3 million of people.

16.7% of children from 5 to 12 years old (it was 15.1% in 2018) and 9.5% in the group of children from 0 to 4 years old who suffer from it.

If we look at the population from 0 to 17 years of age as a whole, the indicator is 15.5%, while in 2018 it had been 14% (Food Bank, 2019). In the first half of 2021, the Institute of Statistics and Censuses (INDEC) (2022) of our country reported that 47.38% of children between 0 and 5 years old are poor, of which 12.5% are homeless.

In Gran Resistencia, 43.3% of households are poor and 14% of households are indigent and have their basic needs unsatisfied, which, according to the same entity, the concept "*... is based on the establishment of minimum thresholds of well-being, according to universally accepted levels, which must be achieved based on the coverage of a set of basic material needs.*" In the same year, a slight increase in severe food insecurity is seen in the Metropolitan Area of Buenos Aires and of greater intensity in the smaller agglomerations of the interior of the country (Salvia, 2021).

This increase was intense in the population of children, compared to what happened in homes, it can be interpreted as a result of a stronger worsening, in relative terms, in the most numerous homes or those that have a greater presence of minors. In small cities in the interior of the country compared to large agglomerations in the interior, total food insecurity increased sharply among children and adolescents from 0 to 17 years of age (33.8%).

These results show us that there is a process of deterioration in the socio-food situation that affects, with greater intensity, the most vulnerable sectors of the population and especially children. Within health, a basic component of life is food and nutrition, but since the origins of the human species there has been tension between the extremes of those who eat in abundance and those who suffer from hunger or are afraid of suffering from it. The various forms of malnutrition are not only generated by inadequate or insufficient food intake, but also involve a set of processes interrelated with inequalities in access to health, education, sanitation, basic services, equity of gender, place of residence, religion, ethnic origin and conservation of natural resources (FAO, PAHO, WFP and UNICEF, 2018). That is why, in research on malnutrition, it is considered essential to address the social, economic and ecological aspects, therefore, eating behavior is a social fact that directly determines the way one eats (Deleón, 2021). Malnutrition in children under 5 years of age is a problem from the perspective of public health as a disciplinary field, because it has a high number of cases that are expressed by the mortality and morbidity figures, as indicated by the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) (2011), through indicators such as the Mortality Rate of Children under 5 years of age or in childhood, which is defined as the probability of dying between birth and before reaching the age of 5.

According to these data, there has been a decrease in these figures since 1970, where the rate was 115 per thousand live births (1 in 9 children died before reaching the age of 5), in 1990, due to a

great effort by different countries, They managed to reduce the figure to 50 x 1000 live births (1 in 20) and, in 2011, the figures decreased again to 50%, being 28 x 1000 live births. In Latin America, Cuba is the country with the lowest mortality among children under 5 years of age (8 x 1000) and Haiti has the highest (72 x 1000).

Argentina remained in the middle range of infant mortality indicators . The gap given by the schooling of mothers in Argentina indicated in 2010 that, in mothers with 0 to 2 years of schooling, the mortality of children under 5 years of age was 1 in 32, while, if the schooling was 8 years or older, the figure was 1 every 43 children. If education is combined with the employment status of the mother who is the head of the household, housing conditions , ethnicity and child mortality, a gradation of risk factors is formed, the presence of which exponentially increases the number of child deaths. In Argentina, the highest risk is located in rural areas rather than in urban areas and the most unfavorable are the NEA and NOA Regions. These figures are not homogeneous throughout the territory and the risk increases in rural populations. ECLAC (2018) states that malnutrition is a problem that not only causes death, but also complicates the quality of life of those who survive the problem of malnutrition a decade ago; overweight and obesity were also added. According to the World Food Program (2019), an entity that is made up of the Member states of the Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), analyzed a joint report from the United Nations Children's Fund (UNICEF) . , the World Health Organization (WHO) and the World Bank, which was carried out to establish monitoring of the 2030 Sustainable Development Goals, these estimates indicated that, in 2017, there were 151 million children with stunting and 51 million were wasted, while 38 million were overweight. When correlated with the mother's place of residence and schooling (ECLAC, UNICEF , 2011), it results in higher rates in rural areas than in urban areas, while in recent years, peri-urban areas have maintained high figures. . In Argentina, Aguirre (2004) analyzed food accessibility and, within this, purchasing capacity and observed that, in the last quarter of a century, prices have risen systematically, which has changed Argentina from being a country with cheap food. to a country with expensive food, similar to Europe or the United States.

At the same time, incomes fell and it went from being a middle-income country to a low-income one, with a significant increase in the gap between the highest and lowest income deciles . Analyzing the distribution within the home, between 20 to 30% of poor households had their own income, men allocate 22% to their own expenses, almost equal to food, while women allocate most of their income to maintenance of the home and children: food 43%, health 8%. Taking into account that the growth and development of children is intrinsically related to the style of child care, it should be noted that in the community that is the focus of this study, the style of child care is not appropriate due to numerous present conditions, the which are reflected in the fact that, for the majority of children in this population space, the lack of access to food is not the only cause of malnutrition (Labadié , 2010).

Contextualization and geographical dimension of Villa San Andrés. Villa Don Andrés is a neighborhood located southwest of the city of Resistencia, about 4 kilometers from the central square. In the 70s, the “national sovereignty” avenue was built that connected the south of Resistencia with the cities of Barranqueras and Puerto Vilelas and, jointly, a large canal diverting rainwater to the Paraná River was launched, taking these two works as limits of the population growth of the city of Resistencia. With the subsequent migration processes in the 80s and 90s, families from the interior settled on land that was outside these limits, one of those areas was Villa Don Andrés. In the 90s, the first primary school was built and by decision of the neighbors who donated land, the Health Center was built, its first director being Professor Juan Carlos Barberis , associate of the Health Medicine Subject of the Faculty of Medicine. of the UNNE.

In this year 2022, the provincial government carried out several expansions of this service and designated the Villa Don Andrés health center with the name of Professor Barberis (who died in 2018) .

Despite all the improvements, the neighborhood still has geographical accessibility barriers, since it does not have paved streets, but its main avenues are paved, which facilitates access by public transportation in rainy seasons.

Villa Don Andrés is about 30 blocks from the center of Resistencia, it has medium and small distribution warehouses, it also has kiosks, more butcher shops and greengrocers that provide

100% of the food for daily consumption.

But, due to the amounts of monthly income that they have in their family, they can only buy second-hand brand products in the neighborhood, because they cannot go to the wholesalers or hypermarkets in Resistencia.

• **Problem formulation**

Due to what was expressed above and considering the available scientific evidence, this work raises the need to answer the following question: What are the social representations about malnutrition in heads of household who have or were in charge of a minor child? five years old with a diagnosis of chronic malnutrition, in the Villa Don Andrés Resistencia neighborhood, Chaco, Argentina?

BACKGROUND OF THE TOPIC

2.1. Justification

At the Faculty of Medicine of the National University of the Northeast (UNNE), quantitative research was carried out on child malnutrition in Health Centers and Rural Hospitals, in which the nutritional status of children under 5 years of age and its relationship with the social variables, mothers' education (Borghi , Pereira Scromeda , & Torres, Octubre 2010), (Crystaldo , 2004) (Alvarez , 2004), but there is no research that addresses this problem from the perspective of the women who are involved in this problem.

Therefore, this research will attempt to provide a qualitative vision of this phenomenon, from the perspective of the beneficiaries, in order to propose hypotheses for new research that guide participatory interventions aimed at improving the health of this vulnerable population.

The perspective of social representations allows us to know how women heads of household live, what they think and feel about the nutrition of their children under 5 years of age, as well as data on changes in the families' diet, in their migratory processes and in different stages of their life cycle.

What problems does this research solve? Currently, from the biological quantitative models , data is known about the consequences of malnutrition, they are expressed in numbers of patients and deaths from it, as a secondary cause, but nothing is known about the attributions of meaning that it has. granted by those involved in this phenomenon. Addressing an investigation about the SR on malnutrition experienced by heads of households with children under 5 years of age with malnutrition in the province of Chaco, will allow us to recognize the modes and processes of constitution of social thought, through which, People build and are built by social reality.

The results of the thesis could be useful for the health team to visualize the need to provide nutritional advice according to the individual needs and the understanding capacity of the tutors.

The health teams start from their own perception of the phenomenon. and not that of the beneficiaries, causing a lack of communication and non-compliance with the rules; due to ignorance of what the social actors who are involved in the problem know or think.

Thus, the qualitative tools derived from this research could be used by the Health Center staff to improve the approach to this phenomenon, education, communication and interaction with the community of the programmatic area, improving the quality of care. for the benefit of the children who attend it.

Theoretical framework

1. Health as a sociohistorical process

Conceptualizations of health are varied and depend on the health paradigms to which they belong . Kuhn (1982) defined a paradigm as “...a symbolic construction of knowledge ,” “...a set of ordered elements of a discipline or science ,” which not only included quantitative elements, but also qualitative elements, such as feelings and perceptions of those who adhere to that paradigm. Within these Paradigms, there are several conceptualizations of health/disease that also determine different forms of intervention .

Despite being subject to permanent criticism, the one that still maintains its predominance is the Hegemonic Medical Model (Laurel, 1982) (Menéndez, 1982).

In the evolution of conceptualizations, authors appear who identify health as a balance Dubos (1975), who interprets health with an ecological criterion, life is the product of a balance between two ecosystems, the internal with the external, both environmental and social.

Jaramillo Antillón (2010) states that human beings have been altering the environment due to the so-called industrial revolutions, which brought contamination of the air, soil, and water, with profound changes on the planet, such as global warming, which have produced a change intense climate with alterations in rainfall, droughts and serious global emergency situations.

In health, this meant the reappearance of infectious diseases that were thought to be controlled, which increased the demand on health systems.

For his part, Iván Ilich (1982) stated that "structural Yatrogenia affects all social relations" where "medical colonization" permeates all community relations, including the conceptions of health and illness, a phenomenon that the author calls "medicalization of life".

Herrero Jaén (2016) maintains that the definition of health of the World Health Organization (WHO), who defined it as a complete state of physical, mental and social well-being, not just the absence of disease, has been criticized from different currents. theoretical because it is utopian and inapplicable in reality, above all, due to the concept of "complete state", but it accepts the incorporation of the term well-being, which comes from the anthropological field, because each person or social group determines what it means to be healthy or sick.

Within all these explanatory models of health-disease processes, the development of this thesis work is related to the Socio-Historical Model as this is the one that allows us to explore, with greater breadth, the problem of social representations of malnutrition. In this sense, Breilh (2013) points out that the Socio-Historical Model views health as a product of social determinations and as a transformative tool towards collective health.

The social determination of health is one of the central categories of critical epidemiology that takes, from the dialectical vision of scientific thought, its social and transformative nature, in opposition to the normalizing aspect proposed by the Hegemonic Medical Model (Laurel, 1981), (Menéndez, 1982).

In the socio-historical model, the object of study moves in a specific social order, its different types of relationships can be studied, the origin and reproduction of health/disease phenomena in different social environments can be observed and studied, at different historical moments and in the various social strata.

From this perspective, health is then conceived as a complex, socially determined process and this social determination moves dialectically between health/disease phenomena in the individual dimension and also in relation to social processes (collective health problems).

This is not a process of passive adaptation or balance, but rather a permanent change of dialectical order.

In this model, those involved in research are subjects and not mere objects (as considered by the Hegemonic Medical Model), they take into account the identity of the subject within society, their relationships with nature, the individuals of their own social group. and with the rest of the nearby context.

It is a model that thinks and advances in addressing the comprehensive transformation of societies to improve the quality of life of all people, families and communities in an equitable way. The Socio-Historical model has a totally different vision; belonging to certain socioeconomic levels will establish the limits and conditions within which the health/disease process acquires differential characteristics, both in terms of morbidity and mortality and the knowledge related to it.

It is then considered that health/disease processes are not only emerging from living conditions, but also the object of construction of social groups.

Every social group needs to produce and reproduce representations and practices regarding the sufferings, pains, anguish and discomforts that affect it (Labadié, 2010).

2. The social determinants of the health-disease process In the 1970s, health systems were going through a serious crisis of efficiency and effectiveness in being able to control or cure the new health problems of the majority of the countries' inhabitants, especially the of the poorest.

With the appearance of antibiotics and their manufacturing on an industrial scale, there was a sharp decrease in the causes of death due to infectious and contagious diseases, but chronic and degenerative diseases began to prevail, where there was no longer a single cause, but rather several factors associated with certain variables and we began to talk about risk factors.

In this sense, Lalonde (1974) maintained that the health of a community would be influenced by four major factors and proposed a scheme in which he included as producers of health, not only human biology, but also the environment, lifestyles, health behaviors and health care systems. He argued that the balance of these factors determines better health for human populations and proposed examining the different determinants of health in a much broader context than the historical reductionist scheme that health teams had at that time, in their daily work.

In this theoretical proposal by Lalonde, the problems of lifestyles, in which food and the environment are central elements, constitute the social determinants that impact the health/disease process. In this multicausal paradigm, malnutrition is a very important risk factor in the causality of cardiovascular diseases, diabetes and cancers, which are the main causes of death and suffering in all countries of the world.

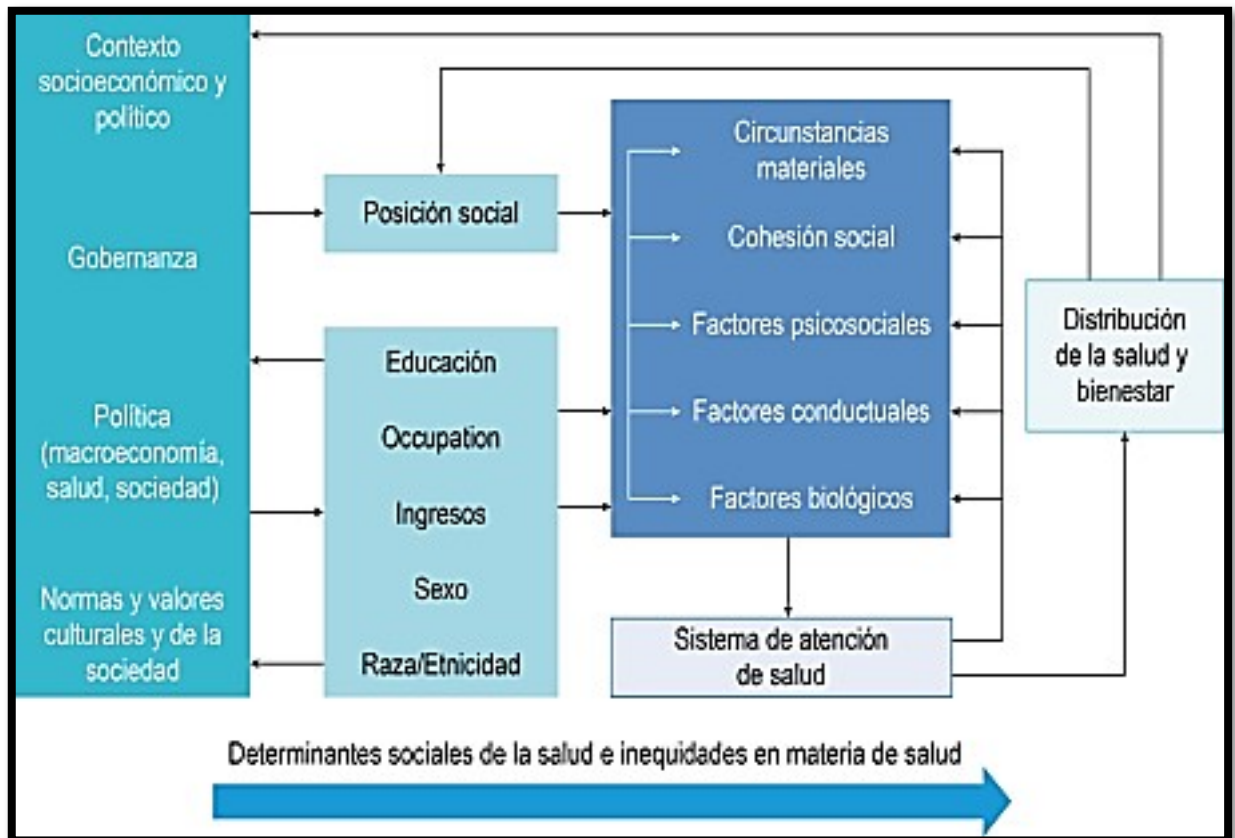
According to the WHO definition (PAHO, 2017), the social determinants of health are the circumstances in which people are born, grow, live, work and age; the definition also includes the health system.

These circumstances are the product of how money, power and resources are distributed globally, nationally and locally; factors that, in turn, depend on the policies adopted by states/nations and can explain most of the health inequities, that is, the unfair and avoidable differences observed within and between countries regarding the situation food.

López Arellano, Escudero, & Dary Carmona (2008), from the perspective of the current of social medical thought, maintain that the social determinants of health/disease have a psychological (subjective) dimension, which refers to the ways in which these processes are experienced from collective intersubjectivity and that capitalism, in any of its forms, rapidly alters the quality of life of poor and excluded populations.

Social determinants constitute the set of social, political, economic, environmental and cultural factors that have a great influence on a person's health. A theoretical perspective that presents health as a socially determined process is an effective way to address health inequities, since it promotes measures related to a series of factors that influence individual and collective health outcomes, many of them which far exceed the remit or scope of the health sector, as can be seen in Figure 1.

FIGURE 1
THE CONCEPTUAL FRAMEWORK OF THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH .



Source: Extracted from PAHO, 2017. Social determinants of Health.

3. The social determinants of diet

An anthropological look at current nutrition considers it not only a biological fact, but, above all, a social fact.

Our eating behavior is socially shaped, because our eating habits have many social meanings, being influenced by the conservation of family and community customs, the educational system, social relationships between friends, advertising in social media, festivals, popular celebrations and different religions.

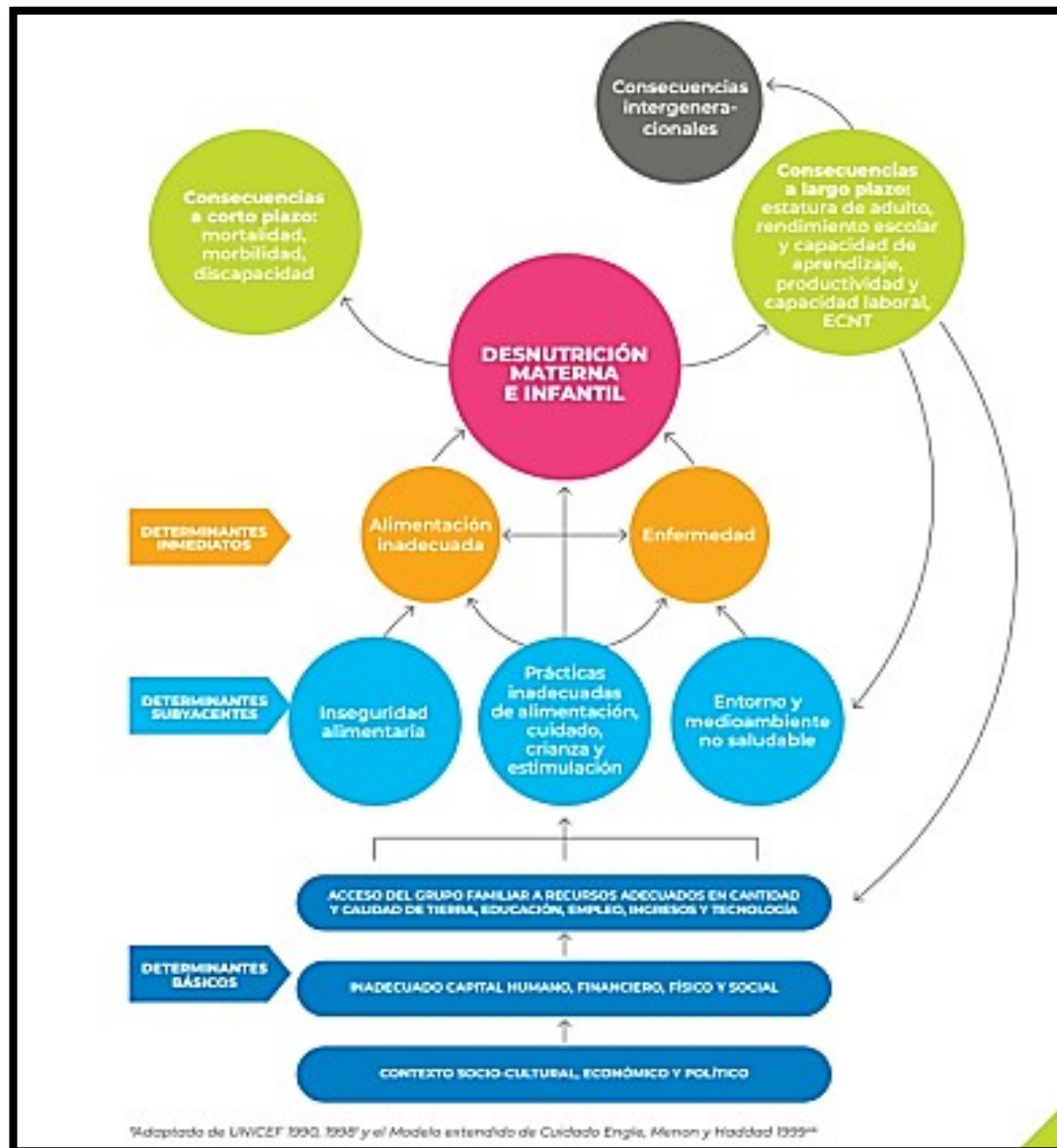
The main determinants of nutrition are found in socioeconomic conditions, in the possibilities of access to food, which, in turn, are determined by the geographic and economic area and the varied resources to which the population has access.

It is a complex phenomenon, in which socioeconomic changes, of any type throughout the sociocultural evolution of a community, influence changes in their eating habits.

Jiménez Benítez and Col. (2010) consider that the social determinants of nutrition in Latin America are the following: Education: Education improves the health and living conditions of families, because it allows them to better understand the complex environment where they live and relate appropriately with public and private institutions. The relationship between illiteracy, malnutrition and infant mortality is demonstrated in various studies (FAO, 2019), (Atalat, Bustos, Ruz et al, 1980), (Bolzán & Mercer, 2009). Although access to primary schooling has improved substantially, the gap between women and men still remains. Culture: Food components are transmitted in each culture through different mechanisms, from one generation to another, mainly by women who are diverse in each social group or ethnic group (Aguirre, 2004). Employment: In Latin America, formal employment means not only better income, but also access to the social protection systems in force in the countries. (Isuani, 1999), (Golbberg, Tenti Fanfani, & Lumi, 1992). The most vulnerable groups are rural people and indigenous peoples, since they do not have access to employment due to living far from sources of work and due to language problems. Gender: Women are the producers of more than 50% of the food worldwide and are responsible for feeding the children and adults in their care, but this is undervalued and, often, denied. For FAO (2019), households headed by women are located in the poorest strata of societies and their

income is significantly lower than those with a male head of household. The different roles between men and women cause women to have an overload of activities at the household level, which can also be a cause of malnutrition in some of their children under five years of age. Ethnic difference: Morbidity and mortality profiles show marked differences between indigenous and Creole populations . These differences are due to various reasons, from prejudices to lack of insertion in formal labor markets. In terms of food, their cultural patterns were disrupted with the passage of time and changes in the productive models of the regions or countries. The way in which meals are structured, classified, combined , prepared and consumed, the way in which they are accessed and distributed among social strata or members of the same group, are some of the aspects of anthropological relevance. So, from a sociohistorical perspective , the causes of malnutrition are complex, multidimensional and interrelated; therefore, for this paradigm, malnutrition is a multicausal phenomenon, in which there are interrelationships between multiple variables, such as poverty, food insecurity and other determinants of maternal and child malnutrition, which in turn are associated with short and long-term consequences on the child's health.

FIGURE 2
CONCEPTUAL FRAMEWORK OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN POVERTY, FOOD INSECURITY, OTHER DETERMINANTS OF MATERNAL AND CHILD MALNUTRITION AND ITS LONG-TERM CONSEQUENCES.



Source: Extracted from UNICEF (2020). Manual for community management of acute malnutrition.

4. Domestic consumption strategies.

Food consumption allows us to infer the living conditions of a certain family group, as well as aspects referring to underlying ideas (representations) and aspects related to the actions of the subjects (practices) around family nutrition, since, by its nature, centrality in terms of biological reproduction, “promotes the functioning of various mechanisms and the use of resources from different sources for satisfaction” (Ortale , 2007, p. 171). These behaviors, aimed at obtaining nutritional satisfaction, are the practices that people carry out on a daily basis to maintain or improve their diet and the reasons they have to justify them, they are defined as domestic consumption strategies. They try to explain the mechanisms that are deployed and that depend on the alternatives that the social context offers in relation to the place occupied within the social structure, closely related to the occupation, educational level, salary, access to consumption. (Ortale , 2007). They constitute a set of actions planned systematically over time that allow feeding to be carried out in a certain social group, in other words

“(...) we consider domestic consumption strategies as the practices and representations about food, made by family members, reiterated throughout their life cycle, tending to obtain with respect to food a whole range of satisfiers to fulfill their productive and reproductive purposes. The elections will take place within a limited range of available alternatives, strongly conditioned by the parametric restrictions that are specific to them

due to their social insertion. (...) Among the advantages of using this concept is that it allows behaviors of a very diverse nature (nutritional, motivational, demographic, economic, etc.) to be subsumed in a common statement." (Aguirre cited in Diaz Córdova, 2007).

These strategies are learned, but also imitated and transmitted; they can be adapted, reiterated or modified to respond to certain circumstances.

Aguirre (2011) classifies them into four groups : the first is the diversification of income sources, such as resorting to informal jobs, social assistance provided by the State, mutual aid networks and self-production.

The second group of strategies is the diversification of supply sources, resorting to both the formal circuit and the informal circuit.

The third is the management of family composition and the fourth is self-exploration, present in two modalities: working more and eating less or differently.

The consequences of domestic consumption strategies are different forms of malnutrition, so while in higher-income households pathologies due to excess predominate, in poor homes there are pathologies due to deficiencies or pathologies due to excess, which manifest as combined chronic malnutrition. with obesity.

5. Malnutrition as a health problem and food security

The WHO (2021) defines malnutrition as undernutrition (wasting, stunting and underweight), vitamin and mineral imbalances, overweight, obesity and diet-related non-communicable diseases. The word malnutrition means deficient nutrition, due to lack or excess of nutrients and caloric content of the diet (Brown, 2008). According to the WHO, there are four types of malnutrition:

a) **Wasting:** insufficient weight in relation to height, implies an acute and serious weight loss that indicates that the person has not eaten enough or suffers from acute infectious diseases (diarrhea);

b) **Growth delay:** represents a delay in height with respect to age. It is a consequence of chronic or recurrent acute malnutrition, associated with poor socioeconomic conditions;

c) **Underweight:** it is the delay in weight with respect to age, these children may have growth retardation or wasting;

d) **Deficiencies of vitamins and micronutrients,** the body needs these substances to produce enzymes, hormones and other substances essential for growth, among which iodine and iron stand out.

Malnutrition negatively impacts the development of children and the adverse effects of poor development in early childhood have, in turn, long-term negative effects on health, productivity and general well-being when children reach to adult life.

In this sense, the Food and Agriculture Organization (FAO, 2002) incorporated, at the beginning of the millennium, the concept of **food security** and its lack to the phenomena of malnutrition, which constituted a very important milestone because it moved away from a hegemonic medical model. to a socio-historical model.

The FAO defines food security as *"the physical and economic access, by all people and at all times, to sufficient, safe and nutritious food to satisfy their dietary needs and preferences, in terms of a diet that enables them to lead an active and healthy life."* healthy, also taking into account the cultural and culinary characteristics of the different regions of the world ." It raises, as a central aspect, access to food and proposes that it be a basic human right , urging States to make every effort to achieve it. Furthermore, he maintains that: *" Appropriate trade policies promote the objectives of sustainable growth and food security "* (FAO, 2002). In other words, it is the right of all people to have culturally and nutritionally adequate and sufficient food. Aguirre (2004), from an

anthropological perspective, suggests that food security has two levels of analysis: a macro level that includes national, provincial and municipal policies, and a micro level that is household food security, aspects that will be identified; and analyzed in the present work

Food security has five dimensions considered basic:

- Sufficiency: Food in sufficient quantity to supply the entire population. -

Stability: Seasonal changes do not hinder the provision of food.

- Autonomy: Understanding as such, the fact that a country does not depend on the external supply of food .

- Sustainability: Because the type of exploitation of resources makes their reproduction possible in the future.

-Equity: It refers to the fact that the entire population and, especially, the poor have access to socially acceptable, varied and sufficient food to develop their lives.

6. Social Representations. Moscovici (Jodelet , 2008) defined social representation as an organized corpus of knowledge , whose function is the development of behaviors and communications between individuals thanks to which men are integrated into a daily relationship of exchanges with others. These are sociocognitive conditions typical of “common sense” that are defined as a set of information, beliefs, opinions, attitudes and information about a specific object.

It constitutes a system of values, ideas and practices that allow us to establish a social order and facilitate communication and the transformation of the unfamiliar into the familiar, this being a necessary condition for us to build our social world; a form of socially elaborated, shared and practice-oriented knowledge, which contributes to the construction of a common reality of a certain social group (Jodelet , 2008).

Social representations are structured internally and in a specific social context, they serve as a framework for perception and identification of reality and serve as guides for the behaviors and practices of social actors. In other words, it is what people see, think and feel about reality from their point of view (social group to which they belong) and, based on this, they act. This allows defining identities and specificities of groups or subgroups and placing them in the determined social sphere that assigns them a place in it and, also, serves as a gratification in being recognized as part of it, this causes the historically constructed norms and values to be accepted.

They constitute, for the subject, a useful instrument that allows them to interpret reality and act on it. It is a process in which the events and objects of reality that are initially presented as strange and meaningless, are incorporated into their social and individual reality, and therefore allows the strange to be transformed into familiar, that is, it becomes intelligible. what is not familiar.

Ortale (2002) points out that the concept of social representations refers to the knowledge acquired and shared socially based on experiences, information and knowledge, transmitted by culture, school and the media.

Collective or group identities can be considered without considering them as entities independent of the members that compose it, they are groups and collectivities, which cannot be considered as a single grouping of individuals, but neither as something autarkic of those who make it up, they are rather entities. relational relationships between the members that compose it, these relationships are given by the social representations that give them identity.

person 's life history (how they see themselves) and how the subject is seen by others (social representations), this is the difference between “how I see myself” and “how they see me”, it can lead to denying certain personality traits that the social group to which I want to belong considers negative, therefore, many times, this life story is a socio-historical story that tries to adapt to the norms of the group context.

Social representation has two particular dimensions: product and action.

They constitute a product to the extent that asocial actors assign it content and organize it in discourses about reality. It constitutes an action, a movement of appropriation of reality through a psychic process in a context of collective production, a phenomenon that is structured through the transmission of shared communications.

What the subject knows, he communicates to third parties through the exchange of information that can be mediated by images, models and attitudes, or simply beliefs within other forms of

social expression that are accepted by a certain group, which, although not know, they share a certain type of collective knowledge.

In turn, they determine the field of possible communications, of the values or ideas present in the visions shared by the groups and, from then on, they regulate the desirable or accepted behaviors within that group.

It is a form of socially elaborated and shared knowledge, a form of common sense knowledge. Moscovici (cited by León, 2002: 369) defines social representations as:

"...cognitive systems with their own logic and language (...) They do not represent simple opinions, images or attitudes in relation to some object, but rather theories and areas of knowledge for the discovery and organization of reality

(...) System of values, ideas and practices with a double function; first, establish an order that allows individuals to orient themselves in a material and social world and dominate it; and second, allow communication between members of a community by providing them with a code for social exchange and for unambiguously naming and classifying aspects of their world and their individual and group history."

The subject interprets reality, but this interpretation is mediated by moral, cultural, religious values, the needs that the subject has, as well as social roles, and other sociocultural aspects. But the interpretation of this reality that surrounds it is not copied like a mirror, but is transformed and constructed. Therefore, every representation is always associated with the language and social practices of a certain social group. This is a key aspect of representation, because it is not only in subjectivity but also in the sociohistorical context in which the subject finds itself.

Therefore, the information and ideas that circulate in interpersonal communications and through the media shape and shape our ways of thinking and acting.

In summary, social representations constitute a model of knowledge construction; they are forms of social knowledge that are organized in open structures permeable to the outside world. As practical knowledge, "they are nourished by prior knowledge, beliefs, traditions, ideological, political or religious contexts, which allow subjects to act on the world and the other, ensuring, at the same time, their function and their social effectiveness" (Valencia, 2007).

State of the Art

Below, I cite studies on malnutrition carried out in Latin America, from a qualitative methodological perspective.

Rivera Vázquez (2019) conducted a study on chronic malnutrition in Ecuador, specifically in the Chimbonazo department, where this health problem has a high prevalence.

The figures in this country are higher than the rest of the countries in the region and, in this department in particular, children have a 43% prevalence of malnutrition, between malnutrition and obesity. It used a qualitative design, working with direct observation, focus groups and in-depth interviews.

The main results of the work showed that, despite being an area suitable for agriculture, the valley area has lost part of its potential due to poor productive practices, 46% of the population has UBN, this figure improved compared to the past, but it is still very high. The population is predominantly mestizo and indigenous, with great inequalities in access to all types of services. Due to these problems, rural/urban migrations have occurred. The provision of drinking water only reaches 60% of families living in urban centers and a much smaller percentage (40%) for the elimination of solid waste.

In relation to access to health services, only 85% of births are attended by trained health teams, but access to the first level of care is very uneven, only in some places do they have trained health agents.

They also observed that there is a high proportion of breastfeeding for much longer than is considered appropriate by national and international organizations. Regarding the diet of older children, there is a strong presence of carbohydrates and a very low proportion of proteins, fruits and vegetables.

He considers that the presence of the State harms nutrition, because many times nutritional

supplements, in the form of food boxes, contain products unknown to the populations that end up being discarded.

In care centers, due to geographical accessibility problems, pre-prepared soups or stews are used that have a high amount of salt and preservatives, which complicates the sustainability of this type of diet over time.

They conclude that the diagnosis is extremely serious, that malnutrition in Chimbonazo is due to poverty, social inequality, the absence of the State with active policies, and that these factors aggravated the changes in the lifestyles of these populations and that, in order to provide sustainable responses, it is necessary to coordinate multilateral efforts to positively impact malnutrition in Chimbonazo.

In another anthropological study, (Leavy, Szulc, & Anzelin, 2018) compared two indigenous populations. One in Salta, Argentina and another in Guaina, Colombia; Using qualitative methodologies, they compared the application of two food programs. In both cases, the populations were in situations of food insecurity and government responses were based on targeted programs, focusing only on food without exploring psychological and cultural spheres. In the same study, in Argentina, an investigation was carried out within the Food Security Program (PNSA) in the department of Oran, Salta; Within this Program there was an Aboriginal component that was the delivery of Food Modules to families, it was also complemented with the delivery of money for food purchases.

We worked jointly with the Provincial Ministry of Health to coordinate with the first level of care providers where the records of malnourished children were located. In the Argentine case, it was seen that the PNSA, and several indirect municipal actions, such as the Universal Child Allowance (AUH), make it a heterogeneous mosaic that generates more inequality, because clientelist variables influence the distribution.

From anthropology, it is highlighted that the concepts of "growth and development" are two metaphors for how society approaches childhood as a symbol of the future. From pediatrics, it is insisted that the care of children is safer in the hands of mothers/female caregivers, but these "parenting guidelines" do not adapt to changes in peri-urban contexts and, much less, with indigenous populations. Strong discrimination was observed on the part of the health personnel, they have a classification by ethnicity of better care (the Creoles/Mestizos), the Wichi who raise them as "little animals." In conclusion, this anthropological study shows the complexity of nutrition and the practices that are implemented to solve them, must be rethought not only about food but also the entire socio-cultural environment.

Ros (2016) carried out a descriptive, exploratory study on the sociocultural aspects of families where some of the children from 0 to 4 years old had problems with diarrhea, malnutrition and anemia, which are prevalent pathologies and part of the process of recovery that is based on food. Food was considered as the social representation of the family group. They evaluated 23 children with a higher prevalence between 13 and 36 months, with a slightly higher number of girls than boys, 39% of the mothers were under 20 years of age and 61% were nuclear families. The majority of mothers work at home (78%), the rest had informal work, 85% received different food and non-food social programs, 43% did not finish secondary school and 9% did not finish primary school. Food practices were carried out by women, only 8% were done by men. Mothers report that they do not cook differently for children than for adults, but 88% reported adding some food supplements (sugar, oil and butter). Regarding housing, 85% lived in type A houses, most of them rented with a high proportion of critical overcrowding (more than 3 inhabitants per room). Regarding pathologies, 27% had malnutrition and 18% had malnutrition, diarrhea and anemia. 52% of mothers answered incorrectly about the breastfeeding period, and the same proportion were unaware of the incorporation of other types of foods (meat or vegetables). Families go to the health center and say they respect the instructions of the health teams; the domestic unit is the family, which, for the most part, has a non-extended nuclear structure.

With respect to food practices, there are multiple errors in the timing, quantities and qualities of food given to children.

Garro Vera (2015) evaluated the effectiveness of a program to prevent anemia and malnutrition in children under 3 years of age from the peripheral area of Lima who attended the Tablada de Lurin Health Center. Of the first-time mothers, which were 15 in total, 53% were under 20 years of age,

only 2 of the women did not finish primary school, but 50% dropped out of secondary school. He observed that, before the application of the program, 50% knew about the program, but they did not have knowledge about the causes and consequences of anemia and malnutrition as a health problem for children.

In another work on malnutrition, as a social problem, (Navarrete & Erreguerena , 2015) evaluated the nutritional information that mothers have, before and after attending a center for the treatment of children with nutritional risk, consumption patterns and nutritional status of their children from 0 to 5 years old in a period of 4 months of attendance at the center, during the year 2014-2015, during which time they participated in several workshops on nutrition. It was observed that, before the training, less than 50% of the 22 mothers had correct answers, at the end of the training 100% gave positive results. These data demonstrate that preventing malnutrition is possible if multidisciplinary activities are carried out in stages prior to pregnancy and after this with integrated workshops.

Hernández Escalante & et al (2014) carried out a study in the Mayan-speaking population of rural communities in eastern Yucatán that aimed to identify the perceptions and social representations about child malnutrition that a group of mothers have, who speak Mayan and Spanish. from the communities of Kaua and Cuncunul . A sample of 26 children under five years of age was included; data was collected in research workshops. The mothers were on average 25 years old and 60% had finished primary school. They observed that many of the dietary guidelines suggested by the health team were not accepted by the mothers, especially the use of unheated liquid milk and the small amount of “tortilla” at breakfast. A recurring finding is the prolongation of exclusive breastfeeding after one year of age. Only a small group of mothers thought that this practice was harmful to children. They recognize incorporating children into the home table from one year onwards and that they eat the same as the whole family; they consider it dangerous because children can get sick from many strange things.

They also recognize psychological and social aspects that do not allow for improved nutrition, such as alcoholism , problems of gender violence and lack of dedication on the part of parents to feed their children. They identify, as positive, the availability in the community of social organizations that help train families in these types of problems. In conclusion , the authors believe that the intercultural aspects of dietary guidelines should be improved and that women should be able to listen more carefully and not think so much about technical discourses.

Orzuza (2011), in a peripheral neighborhood of Rosario, carried out a work in which he presented reflections on how the poor material conditions of families' lives affect mother/child relationships and parenting patterns. Semi-structured interviews were carried out and a case/control design was used , with 10 cases in total. 5 with malnourished children and 5 with eutrophic children. The differences between the case and control groups were related to housing. In the sick , overcrowding was more serious. In both groups, education was similar, the majority had completed primary school.

A difference in the groups is that, in the case of the sick, the economic income came from the woman, who was responsible for managing the social plans and, to a lesser extent, from the contributions for informal jobs of the parents; In the controls, on the contrary, men's income is higher.

In both groups, the role of child care was in the hands of women and it is something that was not questioned at any time. A striking feature consisted of the loneliness of these women, in both groups in critical situations such as childbirth or the diagnosis of malnutrition.

Leyton - Legues (2012) carried out a study on the social and historical phenomena that go through malnutrition , for this, he analyzed the explanatory models on exclusive breastfeeding and artificial feeding by mothers of children under 4 years of age and of health personnel of the public system of the town of Atacama in Chile. It was an ethnographic field study, carried out in two stages June 2008/April - May 2009. Semi-structured interviews were carried out with mothers and the staff in charge of child care, then group interviews and non-participant observations.

The stories of both groups show that the biomedical model was introduced into cultural practices to which they did not previously have access, this is because the health system has resources that make populations permeable, such as delivery of milk and other supplements. The existence of points of tension between both stories can also be observed. One of them is the assignment of

roles in family units, for popular culture the grandmother has a fundamental trait in the upbringing and feeding of children, however, the same figure for health workers can be seen as an obstacle and, from the point of view of health personnel, this role can be played by nurses.

In another research, Bonvecchio Arenas, Blanco García, & Carreto Rivera (2011) aimed to identify the main social representations related to food at school, present in the discourses of the different school actors. They carried out 20 in-depth interviews and then 10 discussion groups of the results in the 12 participating schools. The following results were obtained: there was a clear agreement between all the interviewees on the difference between homemade food and junk food, considering the latter unhealthy because it makes you fat and does not nourish you because it contains flour, sugar and chemicals. An interesting fact was that the children were able to relate junk food to their grandparents' cardiovascular diseases and diabetes, but they did not associate it with problems for themselves. While they considered homemade food nutritious because it gives them energy and facilitates learning, in the positive evaluation made of homemade food, neither the ingredients (oil, cream) nor the way of preparation (fried) are taken into account.

Regarding the consumption of fruits and vegetables, the children expressed a "socially accepted" message: they are good, nutritious and they are consumed, something that does not occur in their usual daily consumption practices. The fruit juices that are sold have a low proportion of this element, the rest is water and ice, but they are still considered healthy; The same situation was observed with the proportion of vegetables in the food dishes. It was observed that there is a penetration of dominant discourses on food matters, from the industry, above all, in physical education teachers and in children a discourse learned about the value of fruits and vegetables, which then it is not consistent with their practices in the school cafeteria.

In the study by Juárez (2006), child malnutrition and its form of prevention in the culture were investigated. C'horti of Guatemala. Using the participant observation technique, the villages in the municipalities of Jocotán, Camotán and the waiting room of the Jocotán hospital. HE complemented with semi-structured interviews with women with children under 5 years of age and midwives. traditional. The results were the following: child malnutrition, in the C'horti conception, it is a disorder attributable to the behavior of the mothers, the speeches of the majority of the actors involved in the causes fall into maternal neglect and a type of rupture with a series of established practices, because for them the raising of children is the exclusive responsibility of women; Having a malnourished child is a sign of being a bad mother and a bad wife; However, it is the man who decides what to buy at home, he is the first to eat and his portion is the most abundant.

The authors conclude that the difficulties in modifying existing representations arise from the close relationship of health and illness with the social, moral sphere and with the worldview of the social group.

In another work carried out by Maya (2007), malnutrition was investigated in children under 5 years of age in the community of Hueyapan who came from families from low socioeconomic strata, of which a few were the ones that concentrated serious cases of malnutrition. The work investigated the social representations of parents about the situation of their malnourished children and what practices they carried out to solve them. The unit of analysis was the family, studying the interrelationships between: distribution patterns, differential distribution of resources, networks of relationships and social representations. The following were the main emerging categories.

1) Association between low weight and height with malnutrition: 6 of the 7 families were unaware of their children's malnutrition before contact with the health teams. Some women associated it with poor care and with economic conditions that prevented access to health services.

2) Health and disease factors among the malnourished: when faced with food problems, families consult first with their shamans and, finally, with the formal health system. Most cases have diarrhea and fever that are not associated with malnutrition.

3) Parental responsibilities in the health-disease process: mothers assess the risk according to the duration of the symptoms: if it lasts less than two days using natural medicines and if there are no continuous records, it is not serious (malnutrition is not recognized as a continuous phenomenon).

The researchers concluded that families do not have a record of their nutritional situation until they go to a public health system. Out of a total of 10 families, 7 accepted that their children had a nutritional problem, 3 denied it, the parents said they found out that their children were malnourished when the women asked them to attend meetings about this problem; 6 of the 7 parents doubted the measurements. Only one family accepted that their daughter was malnourished after the weight and height control. Many of the families studied did not know the criteria for why they were told that their children were malnourished; They said that the health personnel want to see them fat and big, but they are small. Very few recognized the relationship between malnutrition and poor diet after health education talks. They concluded that malnutrition as a cultural phenomenon is based on the lack of recognition by the family environment of malnutrition as a serious illness, which is also associated with dysfunctions in the health system, the breakdown in family and social networks due to the lack of access to certain goods and services. At the end, 100% know the program and have acquired some concepts about the causes and consequences of anemia and malnutrition.

1. Purpose of the research

Provide information on the social representations that women have in charge of children under 5 years of age with some degree of malnutrition and that, this data generated, allow the members of the Health Center's work team to plan new strategies that manage to reduce the impact of said health problem on affected children.

2. Objectives

1 General: Know the social representations about malnutrition in heads of household who have or were responsible for a child under five years of age with a diagnosis of chronic malnutrition, in the Villa Don Andrés Resistencia neighborhood, Chaco, Argentina.

2. Specific:

- a) Describe the sociodemographic characteristics of families that have malnourished children in the Villa Don Andrés neighborhood .
- b) Analyze the beliefs about malnutrition of household heads who have or were in charge of a child under five years of age with a diagnosis of chronic malnutrition.
- c) Analyze the knowledge about malnutrition of household heads who have or were in charge of a child under five years of age with a diagnosis of chronic malnutrition.
- d) Understand the ways of acting on malnutrition of household heads who have or were in charge of a child under five years of age with a diagnosis of chronic malnutrition.

General assumption:

It is based on the general assumption that there would be various social representations regarding malnutrition in mothers who are heads of households who are responsible for a child under five years of age with a diagnosis of chronic malnutrition, in the Villa Don Andrés Resistencia neighborhood, Chaco, Argentina. . As sociohistorical subjects , they have different beliefs and knowledge, and act accordingly .

Material and method:

1. Study design: Qualitative, based on Grounded Theory theory).

2. Population: Women heads of household who have or were responsible for a child under five years of age with a diagnosis of chronic malnutrition, in the Villa Don Andrés Resistencia neighborhood, Chaco, Argentina. In this thesis, heads of household are understood to be the person recognized as such by the rest of the members of the household/family (INDEC (2022)).

3. Unit of analysis: Each of the women heads of household who are responsible for a child under five years of age diagnosed with chronic malnutrition.

4. Type of Sample: Purposive sampling was carried out until theoretical saturation was achieved. Initially, the mothers when interviewed were selected by the team at the Villa Don Andrés Health Center, specifically by the university nurse in charge of monitoring children based on data from the

medical records of children under 5 years of age who had or have malnutrition.

5. Inclusion Criteria:

Villa Don Andrés Health Center , identified as guardians of children under five years of age in their care and who suffer or have suffered from chronic malnutrition.

- Women heads of household who agreed to participate in the study.

6. Exclusion criteria:

- Women heads of household who have children over five years of age, even if they have some degree of malnutrition.

7. Techniques and instruments for obtaining empirical information:

In the field work carried out to prepare the design, the in-depth semi-structure interview technique was used . The interviews were carried out in the homes of the women heads of households , in some cases the second or third interview was carried out in the same Health Center, for the convenience of the women who attended to monitor their child(ren). It was agreed with the interviewees that the duration of each event would not exceed approximately one hour on average, they were recorded and transcribed verbatim, after their analysis a second and sometimes third interview was carried out in which some first emerging concepts were deepened. until theoretical data saturation is reached. This means that the questioning continued until new or important data no longer appeared and the category was saturated.

In addition, he was shown a slide containing images of vegetables, proteins and carbohydrates and asked to specify the correct proportion of them.

The interviews were recorded in the following instrument: Three-column record. *(See Item 4.9)*

8. Axes of inquiry: the questions stated below (in the data matrix system) were tentative; some had to be resized and expanded based on the incidents and main concepts emerging in the interviews.

9.Data array system

For its construction, Juan Samaja (2004) was taken as a reference.

ANALYSIS UNIT	CHARACTERISTICS SOCIODEMOGRAPHIC DIMENSIONS	CONCEPTUAL DEFINITION	AXES OF INQUIRY
Women heads of household who are responsible for a child under five years of age diagnosed with malnutrition chronicle	Family of Origin Settings	They are the links and relationships between members	Could you describe your family of origin to me?
	Schooling of those over 14 years of age	Degree of completion of the school year, primary, secondary, tertiary/university	Of your brothers and you, who finished primary or secondary school?
	Current Family Settings		Could you describe your current family to me ? Who is the head of the household?

	Housing characteristics	House type A or B according to INDEC Owned or rented	Could you describe your house to me ? Is the house yours or do you rent ? Do you have water and electricity inside the house?
	Services	Provision of water and electricity inside the home	
	Overcrowding	Number of inhabitants by number of rooms	Can you tell me how many rooms your house has, excluding the bathroom?
	Job	Activity that generates goods and services for the market. It can be formal or informal.	Who works in your current family?
	Social programs	Social programs or plans, aimed at specific or universal populations, which are provided by national governments,	Do they charge social plans? Could you tell me who charges it? When you go out to work, who takes care of the kids?

		provincial or municipal.	
	Family income	These are the amounts of money that the family has to cover general and/or food baskets.	Could you tell me how much income you estimate you have to cover monthly expenses? Is it enough for the whole month?

Analysis unit	Representation social Dimensions	Definition Conceptual	Axes of inquiry
----------------------	---	------------------------------	------------------------

<p>Women heads of household who are responsible for a child under five years of age diagnosed with malnutrition chronicle</p>	<p>Beliefs they have about malnutrition in children</p>	<p>Ideas or conceptions regarding a phenomenon assumed by society, with which the subject throughout his development is found, the internalizes and adopts as an interpretation of reality</p>	<p>Who taught you to cook? What do you think is a good diet for a child under five years old? How would you describe a well-fed child?</p>
	<p>Knowledge they have about malnutrition in children</p>	<p>Knowledge or knowledge generated in the field of science</p>	<p>Have you ever been taught which foods were best for children? At school or at the health center , did someone explain to you what foods are important for good nutrition? Would you explain to me what you need to prepare an adequate diet for your children?</p>

		<p>What foods would you consider inappropriate to feed children?</p>
<p>Modes of action</p>	<p>Behaviors assumed by the tutors as a result of the articulation between beliefs and knowledge acquired scientists</p>	<p>What did you do when they told you that your child was malnourished? Who did you talk to?</p>

10. Analysis of empirical information :

A spiral analysis was carried out (going out to the field, unrecording, recording the interviews, analyzing them, going out to the field again and repeating the cycle already described).

Glaser and Strauss was used (Glaser , 1969). The modification proposed by Dr. María Teresa Sirvent (2004) was adopted , who took up the steps initially proposed by Glaser and Strauss and incorporated them into a more global analysis that includes the record in three columns (observables, comments

and analysis), and signing as a technique that allows the objectification of empirical data in the theory construction process.

In addition to the three-column format, it proposes seven steps for collection and recording, in order to facilitate objectification and theory production.

These steps, carried out in this work, are described below:

1st Step: The interview was recorded by creating a record with three columns:

- Observables: (first column) the observed events were recorded in detail, that is, the entire interview was transcribed, "everything that was seen and heard."

- Comments: (second column) the emotions felt during the interview and any type of association that I felt as a researcher were recorded .

- Analysis: (third column) the first concepts closest to the empirical emerged.

The first two columns were completed during the information collection process, the third was left in suspense (it was completed in the 3rd step).

2nd Step: An intensive study of what was recorded was carried out.

3rd Step: The first concept closest to the empirical one was recorded in the analysis column from the clipping of phrases or sayings of the interviewees that caught the attention (incidents). The incidents were constantly compared , the analysis carried out with the concepts developed in the theoretical framework.

4th Step: Recurrent themes, those that were repeated most frequently, were identified from the analysis of the emerging concepts in the third column.

fragments of the record with a unity of meaning (incidents) were searched .

6th Step: The cards were compared looking for common or discordant elements in the search for new concepts with greater or lesser generalization capacity.

7th Step: Small memos were made where the progress of the research was recorded from the point of view of theory generation.

In summary:

The analysis procedure consisted of coding the empirical data through words derived from the incidents expressed by the interviewees. Then, these incidents were grouped into categories and compared, looking for differences and similarities between them; iteratively, the qualitative composition of the data was analyzed by constant comparison between data and theory.

STEPS: Working with the Registry

1st Step in the comparison was subsequently

They were completed during the descent to terrain completed

Record (Observables)	Comments	Analysis

The significant observable(s) (Incidents) were transcribed as empirical data to the files.
2nd step in comparing incidents of the same category.

STEPS 5-6: Worked with the SHEETS

The Conceptualization

(CATEGORIES/ PROPERTIES) Identification data Heads the empirical material file

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

The researcher writes his comments about the subject with another letter or color. 3rd step in the comparison .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

The analysis of common and non-common elements between cards of the same and/or different 4th category was carried out. Step into constant comparison.

STEP 7: Writing Memos-Reports

Relationships between categories and their properties were sought.

MEMO N° 1

7th. Step in comparison in this process of increasing abstraction

5. **Control of Subjectivity** : Epistemological surveillance of the process. Throughout the entire process of this thesis, the director compared the emerging concepts with the incidents, my comments and controlled them with the theory stated in the theoretical framework.

6. **Ethical aspects** : This work was approved by the Health Sciences Research Bioethics Committee (Resolution 28/2018), the Resolution is attached in Annex II.

DISCUSSION OF THE RESULTS

Below, the main emerging categories are presented. I will begin by describing the sociodemographic characteristics of the families that have malnourished children in the Villa Don Andrés neighborhood.

5.1. The family of origin.

5.1.1. Rural migrants:

Regarding their territorial origin, with the exception of Interview number 1 (E1) born in Rosario - province of Santa Fe -, the remaining interviewees were members of families who, living in rural areas of the provincial interior, migrated to Resistencia, settling in the peripheral neighborhoods. From the capital.

This phenomenon of growing urbanization, which is typical of all of Latin America, in our country had a notable growth from the end of the 19th century to the mid-20th century, a period that we can point out as the construction of rurality (Sili , 2019). Subsequently, a slow but inexorable

process of depopulation occurred that coincided with the industrialization processes, urbanization, the crises of agricultural activities in regional economies and internal migrations in search of a better future (del Castillo, 2020).

However, the migration of rural populations to cities does not result in the long-awaited alleviation of poverty; these migrants generally occupy the peripheral areas of cities, generating true pockets of poverty; they live in conditions of marginalization, exclusion, and deterioration in the standard of living. , destructuring of food production for the domestic market and the reorientation of export products.

The province of Chaco and the city of Resistencia have not been immune to this entire process; the historical, socio-demographic and territorial circumstances have led, in the last 40 years, to a large migration of family groups from inland and northern towns. rural areas especially.

One of the explanations for this phenomenon could be the fact that the province of Chaco was one of the last two jurisdictions that ceased to be National Territories to be provinces, only in 1957 was the Provincial Constitution consecrated.

At that time, the Chaco had a productive scheme based on agriculture, cotton and an important part of sugar cane, fundamentally, livestock and the logging industry, with the production of tannin that involved the indiscriminate felling of numerous native forests. and vast extensions of red quebrachos, essential wood for obtaining it. These productions were in the hands of companies of English origin that provided intensive labor to all the families that worked, but with almost slave exploitation models because the families depended for all their needs on what these companies provided, which paid with vouchers that They could only redeem them at their stores (Gonzalez Obregon LM, 2017).

For several decades, the province of Chaco has been the main national reference for cotton cultivation , whose production process has undergone changes that modified the life structure of the agents historically linked to its production. The process of modernization and diversification towards other crops such as oilseeds, the overwhelming advance of soybean cultivation on large hectares that were previously destined for cotton cultivation, led to the impossibility, on the part of small producers, of sustaining a production that would be profitable for them, affecting workers and smallholders who today have been practically excluded from said process. Secondly, this led to the loss of numerous direct and indirect sources of work, the increase in poverty, emigration to the urban peripheral cordons (especially in Gran Resistencia) and the marked deterioration of the working conditions of those who still remain within the cotton production system (García 2007). A similar phenomenon was observed in other provinces such as Salta (del Castillo, 2020), where successive crises in agricultural activities led to the migration of the rural population to the city and they ended up settling on the urban periphery in the so-called emergency villages. or in precarious economic lots.

These data described previously demonstrate the social and historical nature of the urbanization of poverty, which is inevitably related to the particular insertion of the subject in the socio-productive structure, this being what determines the possibility of accessing, to a greater or lesser extent, certain goods and services.

In this scheme of poverty and marginalization, families have many children in order to have more labor and thus ensure better income.

5.1.2. Large families:

All the interviewees come from families with a large number of members of between 3 and 9 children each. In relation to the parents, situations of death, separations and new de facto unions are evident.

E1: *"I was born in Rosario, we are 8 brothers, but only 7 of us are alive, one boy died as a child."* E2: *"Dad, mom and we are 9, 3 men and 6 women."*

E3: *"My parents are alive, but they are separated, we are 4 brothers, 3 boys and me, they are all alive."* E4: *"My father died when I was a girl, my mother is alive, there are 5 of us, 4 boys and I am the youngest."*

E5: *"With my parents I was the only child, later my mother had 4 more children who are my*

brothers, we are 5 in total, all alive.”

E6: *“ My parents had 7 children, 4 boys and 3 girls, all of them are alive”*

Within the wide diversity of forms that the family assumes, those that are numerous are among the most vulnerable structures (Di Marco, 2017). Families that are made up of one or two ascendants who have three or more children under 18 years of age, whether common or not, are generally considered to be in this group.

The number of family members is linked to several factors that must be analyzed. Felitti (2012) considers that the adequate number of children for families was related to the fact that they were necessary to have better socioeconomic development, added to this, the entry of women into the labor market, free access to Contraceptive means, divorces and new family configurations are the context in which family planning policies are attempted to be implemented.

In the 1970s, the population issue was a geopolitical issue for Argentina; the governments in power considered it a weakness in the face of their enemies (Brazil and Chile), overpopulated countries that put part of our territory at risk.

As a demographic policy, birth control was not promoted, but the sale of contraceptives in its various forms in the pharmaceutical market was not prohibited, which is another example of the inequity of the system of access to them based on income, Women who have income can buy them, while in the public system there are barriers to their access and use.

That is why the birth and fertility figures show the well-known gaps between the rich regions of the center and south of the country, and the poorer areas of the NEA and NOA.

As can be seen, these policies related to demographic growth were aimed at stimulating formal working women who received family allowances according to the number of children, in the same sense, maternity leaves and the payment of some special allowance. by birth, while women who did not have a formal job or were directly dedicated to raising their children, did not have access to the possibility of planning; What's more, the family was immersed in the equation of more children, more labor, more income for the family.

Added to this is the implementation of focused social plans with a direct relationship to the number of children , such as the so-called “Pension for Mothers of Seven Children” (Felitti K., 2012), consisting of a lifetime income due to this high number of children. /as, which became a “stimulus” to reach that number and access said benefit.

These contradictions in demographic policies in Argentina are manifested in the fact that poor families were exposed to the risk of having more children than they would have liked due to the difficulty of access to contraceptive methods, as they gradually lost their jobs, or to the same stimuli of social policies that rewarded having more children, all of these situations occurred due to changes in the productive models of our province and the country throughout recent history. According to data from the World Bank (2020), the fertility rate in Argentina is 2.2 children per woman, however in the case of the families of origin of those interviewed, this rate is 6.3 children per woman on average, which represents double the national figure, a circumstance that, as analyzed above, is related to the fact that the majority of these families of origin come from rural areas of the interior of our province, with unregistered jobs, integration of all members to tasks, even with child labor - which subsequently impacts schooling - , so the increase in the number of children increased labor - or collaboration in the parents' tasks even in the childhood and thus face family expenses in a better way.

5.1.3. We all only finished primary school

Regarding the education of the families of origin, the following responses were obtained. E1 : *“We all finish primary school and leave secondary school.”*

E2 : *“We all finished primary school, none of us finished secondary school.”*

E3: *“We all finished primary school, my older brother finished secondary school, I left in 3 year.”*

E4 : *“We all finished primary school, my brother and I finished secondary school.”*

E5 : *“We all finished primary school, a brother finished secondary school and my 15-year-old sister is finishing secondary school.”*

E6: *“2 did not finish primary school, 2 did not finish secondary school and I left tertiary school in the last year – kindergarten teacher.”*

The educational level of the parents, but especially that of the mother, is another factor that

decisively influences the level and distribution of chronic malnutrition. Mothers, with a lower educational level, show less knowledge about adequate nutrition, which can be a determining factor in household food insecurity and also has a negative influence on chronic malnutrition, because this variable can include a lower capacity for child care, due to poor hygiene practices, lower capacity to learn better child care practices, and misuse of health services (Mariños-Anticona , 2014). In that sense, more complete maternal education can be linked to greater autonomy and rationality in making decisions regarding the child's health.

Schultz , (cited in Marini, 2010), maintains that the mother's education influences the child's health in at least five ways. The first is because a good education of the mother entails a better combination of inputs related to the search for the best health of the children; secondly because more educated mothers are more efficient in the production of goods for the health of their children, thirdly because it can generate changes in their preferences (for example, they may have fewer children), fourthly because it may imply that it will provide greater income to the home; and finally because you can have a smaller number of children.

Therefore, policies that tend to improve parental education will have a positive impact on malnutrition, and should be aimed especially at poor households and should focus first on the basic level (Paraje, 2008).

5.1.4. Family configuration.

Let's now see how the families of the interviewees were configured. To address the issue of family configuration I will start from the definition given by the INDEC (2022), what is considered a household is a "*Group of people (related or not related to each other) who share the same home, who associate to provide in common for their nutritional or other vital needs*", while a **family** "*includes two or more members of a household, related to each other by blood, adoption or marriage*", there is a type of family - called the marital nucleus - which is crucial in the differentiation of households and families, so I will describe it in detail below.

A **marital nucleus** is a special type of family constituted exclusively in one of the following forms: couple without children, couple with one or more children, a parent (father or mother) with one or more children.

Marital nuclei can be classified according to their *completeness* , *preeminence* and *descent* .

Completeness is understood when both spouses are present and when one of them (man or woman) is missing, it is called incomplete single parenting . On the other hand, preeminence can be primary (the nucleus that contains the boss) and secondary is (are) the nucleus(es) formed by non-chief members.

Finally, offspring determines the presence or absence of children in the home.

Households are subdivided into Unipersonal and Multipersonal (composed of two or more people) , the latter, in turn, are subdivided into Non-conjugal (do not contain a primary marital nucleus) and Conjugal (contain a primary marital nucleus). The latter are the ones that will be considered here as families.

During the interviews, when I inquired about the current configurations of the women 's family arrangements , they described it as follows:

E1 : "*I have 3 children, I live alone with the 2 youngest, the oldest is with my mother*" "*...the three have different parents.*"

From the description, it is derived that the family constitution, in this case, is single-parent with a female head , made up of three members - mother and two children - , recognizes the coexistence of its oldest daughter with her grandmother, assuming this category of non-nuclear family.

On the other hand, the following interviewees make up a complete nuclear family based on a cohabiting marital relationship made up of several descendants.

E2 : "*... I live with my husband, we are together and we have 3 children.*"

E3 : "*...I live with my husband, we are married and have 4 children.*"

E4 : "*... I live with my husband, we are married, we have 2 children.*"

In the case of E5 : "*I live with my husband, we are together, we have 3 children*", it is made up of a complete nuclear family , based on a marital- cohabitation relationship , composed of 5 members. It is worth clarifying here that the term "together" It is here used as a synonym for what is

technically referred to as coexistence.

For his part, E6 states that: *"I live with my husband, we are together, I have 3 children with him, but I have an older one who lives with his father"*, in this case it is a conjugal-cohabiting nuclear family with 5 members, while there is an older non-cohabiting child who lives in another nucleus with his biological father without ever mentioning that he has an interaction with him. From the preceding analysis, we can summarize that we have as a result of the interviews 2 families configured by conjugal-matrimonial nuclei, 3 with conjugal-cohabiting or consensual nuclei; recognizing these 5 male leadership.

As far as "E 1" is concerned, and as already noted, she is the only one of those interviewed with a single-parent family structure headed by a female.

In all configurations, a decrease in the fertility rate can be observed compared to their families of origin, which was 6.3 children per woman, while those interviewed show a rate of 3.1 children per woman. Despite this recorded decrease, the figure is higher than the provincial average, which is 2.3 children per woman (National Directorate of Population Ministry of the Interior Argentina, 2020).

5.1.5. Type of housing and characteristics of the child's housing

I will then analyze the housing of the interviewees and their children, from the point of view of ownership. ownership of the same, the number of rooms and provision of services, following the characterization and typology INDEC (2022), which are developed below.

According to the responses of those interviewed, the homes in which they live have the following characteristics:

E1 : *"I live in a studio apartment . A room with an installed bathroom, electricity and water. I rent it to the cooperative ."*

In the case of this interviewee, the housing unit would correspond to the characterization of an apartment , that is, it is a *" home that is part of a building or structure with a common entrance that contains at least two homes (or one home and one or more premises) that is accessed through corridors, stairs, hallways or elevators in common use."*

And, according to the NBI sub-indicators , it is in a risk situation in relation to NBI sub-indicator 3, which refers to **overcrowding** : *"it is the relationship between the total number of household members and the number of rooms used. exclusive to the home."* When there are more than three people per room, it is considered that there is critical overcrowding.

In this case, they are studio apartments on the ground floor with an installed bathroom, owned by a cooperative that grants the "tenant": a scholarship for child care that covers the amount of the rent and the electricity and water provision services. The beneficiary does not directly receive the amount of the scholarship to later pay said rent, but rather the money is received by the cooperative from the social areas of the nation or the province. The studio apartment is located in a complex of 10 housing units subject to the same regime.

E2 : *"We rent a house, with a large room, with a bathroom installed and with water and electricity."*

In this case, we are looking at a type A home, that is, it is a *" home with direct access to the outside (its inhabitants do not pass through hallways or corridors for common use), originally built for people to live in. Generally, it has brick, stone, block or concrete walls . It does not have poor conditions"*, in which the couple and their three children live together, and the existence of a single room must be considered in terms of overcrowding.

This domestic unit would be in a critical situation, as it has 5 people per room, and would correspond to the NBI subindicator 5 – subsistence capacity – of the INDEC, which is characterized by including *"...households that have four or more people per member."* busy and have a boss who has not completed the third grade of primary school . " In turn, these 4 people depend on the only one of the busy family members. However, when analyzing this family in relation to income (see below), it will be seen that the mother contributes more income from the social programs of which she is a beneficiary than the member who has a working activity, which is why , this sub-indicator

of subsistence capacity could be reviewed, based on occupation based on the incidence of income originating from the social plans of the other members of the family nucleus.

The following three interviewees present similar characteristics:

E3 : *“ We occupy fiscal land and then we build. The house has 3 bedrooms, kitchen, dining room and bathroom, with electricity and water.*

It is also a Type A house, we will return to the possession of the land later when analyzing it as one of the families' life strategies to increase their social capital.

E4 : *“...we bought land with an improvement and, then, we built the house. It has 2 bedrooms, kitchen, dining room and bathroom. “We pay for electricity and water.”*

It is also a Type A house. Regarding the “purchase” of the land, the situation is similar to that of E3. They are complex sales because most of those lands were public lands, then someone occupied or usurped them and began to sell them. without having the ownership titles, this being illegal and ultimately causing difficulties for those who bought it, since they cannot obtain the property titles.

E5: *“we bought the land and, later, we built the house that has 3 bedrooms, kitchen, dining room and bathroom, we pay for electricity and water.”*

By not meeting the definition of NBI, these three families do not present any of the indices specified by the INDEC, so they cannot be considered to have structural poverty.

E6: *“With other families we usurped some land, first we made a small ranch with cardboard and plastic, then we made a small room and a latrine at the back. “We are hanging from the electricity and the water is from a public tap.”*

According to the INDEC categories, this family lives in a Type B ranch. It is a ranch because it is a “ house with direct access to the outside (its inhabitants do not pass through hallways or corridors of common use) originally built for people to live in.” . It generally has adobe walls, a dirt floor and a metal or straw roof, and is Type B because it is a “ house that presents at least one of the following deficient conditions: it has a dirt floor or loose brick or other material (not has a ceramic, tile, mosaic, marble, wood, carpet, cement or fixed brick floor); or there is no piped water supply inside the home or there is no flushing toilet.”

Except for E1 and E5, who live in a single-room apartment and in a B-ranch home respectively, the rest have a Type A house, according to INDEC. Regarding the ownership of the property, except for E1 and E2 who rent, the rest are not legal owners even though they consider themselves owners of their home, since the ownership of the land and therefore its improvements are subject to regularization.

I must point out that in the last 20 years, there have been many occupations of public lands, in general, belonging to the Argentine Army and also private lands belonging to former Resistencia families that owned large areas of land, formerly peri-urban lands that, due to the development of the city and the landslide of its ejido, were immersed in it. These occupations were carried out individually or through social movements that settled and even subdivided the usurped lands, producing a business with successive sales of the same in a totally irregular manner. (Ministry of the Interior Presidency of the Argentine Nation, 2017)

This process of usurpation of land from the Argentine Army, as we previously pointed out, has a long history, which is why both the provincial and national governments carried out relocations due to evictions ordered by justice, in general, in usurpations of private lands and, in many cases, the authorities allow these occupations to allow the occupants to make improvements and then expropriate the occupied land and subdivide it, or even develop the construction of social housing plans there.

5.1.6. Work: precarious and social plans

In relation to the sources of income of the family units of the interviewees, it was observed that:

E1 : *“No, I'm at home and I take care of the kids. I collect the Universal Child Allowance (AUH) for*

the two oldest, for the youngest I have not yet done the paperwork. Furthermore, I am in a Cooperative and they pay me a scholarship there that pays the rent. It's about \$25,000 or so."

Therefore, given the values indicated by INDEC for January of this year 2022 for the basic baskets and total basket, this interviewee would be indigent.

The three interviewees that follow, according to the income they describe, are poor, but not indigent :

E2 : *"My husband works at home, in the fruit and vegetable market . "I collect the AUH for the three boys and we have the food card, about \$40,000, that's all we have."*

She and her family can be categorized as poor, since the income she describes only covers 48% of the current total basket, being only 10% above the value of the food basket.

E3 : *"My husband makes masonry jobs. I have a scholarship at school. It's from the Ministry of Education from 7 years ago, I work 3 hours every day as a goalkeeper. Apart from the Universal Allowance for children and the food card, 40 thousand pesos and something, 46 thousand more or less."*

Although in the latter case a slightly higher income is recorded compared to E2, the difference in the number of members of the families of the two interviewed means that the values and the relationship between income, coverage of the basic and total baskets, be analogous.

E5 : *"...my husband does odd jobs, fixes taps and things like that. I charge for the 3, the AUH and we have the food card, on the weekends I go to a woman's house and help her with cleaning the house who gives me 1500 for two hours of work", "...between 40 and 45 A thousand pesos".*

The following two interviewees register similar characteristics.

In the case of E4: *"My husband, who is a registered plumber, works on his own and is called for some works, in addition I collect the AUH and the food card for about \$60,000, that would be all the income."*

This is the registered domestic unit with the best income, which derives from the job training of the interviewee's husband, a licensed plumber/gas fitter, which allows him to have better remuneration . However, these incomes only cover 75% of the total basket, even though they greatly exceed the values of the food basket.

E6: *" We both have a kiosk at home and my husband does construction jobs. I collect the AUH for the 4 boys, we also have the food card. He has a disability pension. "\$50,000 per month is what we count for all expenses."*

They are also poor, their income exceeds the value of the food basket, but covers only 75% of the total basket.

A basic determinant of child malnutrition is household poverty; the greater the poverty in a home, the greater the chronic malnutrition of the children who live there tends to be, and it is also an important determinant of the distribution of said malnutrition, in other words, the more concentrated wealth is, the more concentrated chronic child malnutrition is among poor households.

The determinants of the socioeconomic structure are mediated at the household level, where the process of onset and development of the disease is extremely dependent on the family context. In this sense, social variables such as family income and, what I developed previously, the quality of the home where the child lives, play a decisive role.

On the other hand, within the family, skills arise regarding how to satisfy the maintenance and reproduction needs of its members with the available resources, which are called **domestic consumption strategies**, which, as previously defined in the theoretical framework, They refer to survival strategies for child care carried out by families, which can be understood as certain behaviors and skills, with which the family faces certain extreme situations (Longhi , 2015). These strategies involve decisions that directly or indirectly affect survival and constitute a mediating instance in the health and disease process. One of these strategies is social assistance provided by the State.

These behaviors have the purpose of ensuring the biological reproduction of the family, preserving life and carrying out all those practices, economic and non-economic, essential for obtaining the means of subsistence and for the socialization of offspring.

According to data from ECLAC (2021), in Latin America:

“...one in six households still cannot satisfy their food needs, even by allocating all of their income to it...”.

This is reflected in the fact that in 2020, there are 13.1% of the population in extreme poverty (indigence) and 33.0% in poverty.

“In other countries (Argentina, Bolivia, Mexico and Peru, for example), the decrease in poverty at the beginning of the 1990s represents a significant decrease, but compared to the high rates of the 1980s,” in Argentina in the In 1995, the unemployment rate rose to over 10%, which deepened the crisis... Argentina and Chile are the countries with the greatest inequality in terms of income.”

Currently, to determine if a family is poor or indigent in relation to its income, the measurement methodology of the so-called “Baskets: basic and food” (INDEC, 2022) is used , registering for January of this year 2022, a value of the basket basic food was \$11,111, while the total basic was \$25,455 (See Table 2).

TABLE 4

VALUES OF TOTAL FOOD BASKETS AND BASICS. JANUARY 2022. PERMANENT HOUSEHOLD SURVEY (EPH)

BASKETS/FAMILY MEMBERS	Family with 3 members	Family with 4 members	Family with 5 members
FOOD	\$27,334	\$34,334	\$36,112
TOTAL	\$62,594	\$78,624	\$82,696

Source: INDEC, 2022

Don Andrés are located in this context , according to their total family income, including what they perceive as social programs.

TABLE 5

POVERTY/INDIGENCE SITUATION OF THE FAMILIES INTERVIEWED IN VILLA DON ANDRÉS, ACCORDING TO DATA FROM THE EPH YEAR 2022

INTERVIEWED / INCOME IN \$	TOTAL FAMILY INCOME
1	\$25,000
2	\$40,000
3	\$45,000
4	\$60,000
5	\$45,000
6	\$50,000

Source: self made

5.1.7. Food accessibility and availability:

In the interviews, I observed, regarding food security, that geographical accessibility is guaranteed , since in the Villa Don Andrés neighborhood there are businesses that provide most of the necessary food. Now, the quality and prices that can be obtained in these types of neighborhood businesses are aspects that must be taken into account; all of them responded that they buy food “in the neighborhood.”

The sixth interviewee said that she does it because *"...it is difficult to bring her on the bus and the remises " They are very expensive."*

This interviewee shows the difficulties of accessing businesses with better prices, indicating that urban transportation is complicated due to their routes and that remises (taxis) are very expensive. After having analyzed the poverty indicators and the categorization of the families under study according to them and the amount of their income, at this point of the analysis I must advance in the considerations related to food security. In the cases analyzed, *"What is not guaranteed is equity, that is, that the entire population, and especially the poorest, have access to socially acceptable, varied and sufficient food to develop their lives."*

In Argentina, food is considered a human right and is guaranteed in the National and provincial Constitutions . This made it possible to generate policies to overcome malnutrition problems , such as the National Food Security Program (PNSA) created by Law No. 25724, which was adopted by all jurisdictions.

However, in our country, having a Law does not guarantee that it is necessarily complied with and that its benefits reach those who need it most (equity). Nino (2020) suggests that Argentina is a country outside the law since its origins, because it does not comply with the minimum standards of coexistence and, much less, with the major legal mandates. He also states that they try to make us believe that we lack laws, when the problem is the lack of compliance with those we have and in excess.

In this framework, families are the most important point of analysis, since they allow macro aspects to be synthesized , such as compliance with laws and micro aspects related to the provision of adequate food for good nutrition.

It is particularly notable that none of the interviewees envisage strategies to optimize the use of their income and obtain lower food costs, carrying out, for example, collective or cooperative purchases with friends or neighbors, sharing transportation costs such as taxis. or remises to access wholesale supermarkets, these strategies favor the more efficient use of family resources, prevailing in the cases of analysis the individual strategies that only reduce access to a greater quantity and quality of food.

Economic accessibility is debatable because, as can be seen, all the families surveyed are poor and one of them is indigent.

At this point we must highlight that, in this thesis, I counted all the income of the family group, including those derived from social programs, but I did not take with monetary value the benefits received by the children in school or community cafeterias, which has impact on the family budget, since the values of the rations received in these areas that should not be covered by the family, free and expand the possibility of acquiring other types of food and/or improving its quality.

Due to the forms of food acquisition in the neighborhood, its availability is not at stake, since it is obtained permanently, if there may be any impossibility in relation to certain brands or type and quality of the same, But among my interviewees this distinction between first and second brand products did not arise; it is not a problem for them as long as they can access a specific product that they need.

Regarding the availability of food and the contribution of family and social networks, the responses were the following:

E1: *"...at the end of the month, when I can't afford it, my mom helps me buy some things."*

E2: *"Sometimes, when we don't have enough money to buy food, my mother-in-law gives my husband about two or three thousand pesos ."*

E3: *"...the first thing I do is make merchandise for the kids' food, and at a kiosk I have a little notebook for emergencies."*

E4: *"We make it to the end of the month well with the money we have."*

E5: *"With the money we make ends meet with food for the kids."*

"E6": *"With the money I divide it into 3 parts, the first is to replace the kiosk, the second is for the kids' food and the third is the other expenses"*

It is necessary to clarify that "the notebooks or notebooks" are a system of purchases on credit that are generally made in neighborhood businesses, the food and other supplies that the family acquires are recorded in notebooks called grocer's notebooks, determining the units and brands, but without establishing their price, only when the final account is made, at the end of the month, is the price updated on the day of payment, payment that is frequently partial, often causing debt and the search for another business to be able to buy the necessary and indispensable things, when the merchant decides not to finance more until full payment, being a vicious circle of family debt very widespread in our region.

5.1.8. Family Role Settings

Regarding childcare, 3 of the interviewees do so exclusively, they do not carry out tasks outside the home. Interviewee 3 works as a janitor 3 times a week at the neighborhood school, interviewee 5 carries out housework activities on weekends and interviewee 6 has a kiosk at her house. Except for E1, who does not have a partner at the time of the interview, the rest of the interviewees have stable couples, where the men carry out activities in the informal labor market. In this sense, Jiménez Benítez et al. (2010) identify the social determinants of nutrition and point out that gender is one of them *"The different roles between men and women cause women to have an overload of activities at the household level, which can also be a cause within the malnutrition of any of their children under five years of age."* These data coincide with what was expressed by Ortale (2002), where the majority of those interviewed understand that the care of children corresponds to women, because men are the ones who make their economic contributions because they work outside, data that they are also consistent with a study carried out by Di Marco, Faur, & Mendez (2003).

5.2. Beliefs about malnutrition of household heads who have or were in charge of a child under five years of age with a diagnosis of chronic malnutrition

Belief, as subjective truth, constitutes a conviction that the subject considers true, which determines that the person does not relate to reality, but to the mental representation of it. In my cases, we are dealing with subjects, the children and their representation, it is not the child in himself or herself what the mother is about the other person, but rather the image she has of him/her and whose formation is influenced by her experiences. previous.

Below I present the main emerging categories observed in the work on mothers' beliefs regarding malnutrition:

5.2.1. Mothers do not perceive low newborn weight as an indicator of malnutrition :

Prior to the medical diagnosis, none of the mothers considered that their child's low weight was a symptom of malnutrition, *" she was in NEO del Perrando because she was born with low weight, she spent a month there and another month in a kangaroo mother,"* Likewise, the last three interviewees said: *" I brought him for a checkup and they told me he was underweight ."* One of them also said that they told her that she was at *"risk of malnutrition ."*

Regarding this category, it is necessary to return to the characteristics of social representation according to Jodelet (2008), this concept has two dimensions: the product and the action.

Regarding the product, he maintains that people assign content and give a discourse to the subject/object, I am referring here to malnutrition in the discourse of mothers, since the use of the terms "underweight" or " at risk of malnutrition", as a less serious term than "malnutrition"; Regarding the action, I will develop it later in objective 4.

In relation to these responses, it is interesting what Ortale (2013) postulates and that is that there is difficulty *"in maternal perception of the **objective state of health** in girls and boys with malnutrition."* In the interviews, it is not evident that the families have detected malnutrition By themselves, they do not express symptoms or signs that would lead them to the curative consultation, they went to the "well child" controls and only there received the diagnosis of malnutrition.

5.2.2. Malnourished children are small, skinny and still.

The first interviewee (E1) said, referring to her malnourished children, that *“ they were both smaller and skinnier.”*

In her case, her eldest daughter was born with low weight and was hospitalized for two months in the neonatology service of the Perrando Hospital and the youngest child is also currently malnourished, while the second is normal.

E2 reported that *“ I saw her very still, skinnier and, out there, like she was electric, nervous, the father did not see her malnourished”*, the malnourished daughter is the smallest of the three girls, the episodes narrated by the mother could have been related to neurological problems that arose during the pandemic, where referrals to more complex centers were overwhelmed by the care of COVID cases, without the possibility of attending check-ups.

For her part, E3 narrated that her son: *“ he was very skinny, he cried all day and was attached to the breast”*, in this case there is a significant age difference between the children and the mother reconsidered at some point in the interview if he was not too *“ big ”* to breastfeed and the milk was not *“ adequate”* to feed him; For his part, E4 said that *“ there was a lot of difference with his sister, he was skinnier, he didn't eat anything, he was very still,”* E5 said that *“ the difference is that this one is smaller and eats very slowly, the father does. ”* He noticed it before, he saw him very skinny” and finally E6 said that *“ he is skinnier, he stayed sitting with his eyes far away; “like it doesn't grow completely.”*

These beliefs were also observed in other works such as a qualitative research work carried out in Uruguay by Foti (2019).

Social representation, therefore, is not about the child, but rather how mothers see their children. These subjective aspects are constituted as a border category between maternal subjectivity, which is not of a merely individual order, but is what is produced associated with the particular conditions in which the reproduction of subjects occurs in a historical time and in a social space. Subjectivity is not a process that emerges as a reflection of economic -social-educational processes, in this case of the mothers who care for these children.

Likewise, the response of the health system is also influenced by what was previously stated, in preceding paragraphs, I am referring to the Hegemonic Medical Model Laurell, (1982) Menéndez, (1982), which considers that health is fundamentally restricted to the biological aspects of the subject, stating that to be healthy is not to be sick, assuming, therefore, a clearly reductionist, ahistorical and timeless position of the health-disease process.

This reductionist approach is observed in the responses of the health team, since for 4 of the interviewees the only explanation for what was happening to the child was that *“I just had to bring him in for a check-up and they would give him more milk .”* another told her to give her *“more lentils”*, one of them reported that she saw *“... a poster in Perrando where that drawing of the plate and the food was and it stuck in my mind”*, but no one had adequately explained to her what the measures were. should be taken regarding the child's malnutrition.

In this regard, Ortale (2002) points out that, within the Hegemonic Medical Model, a behavior medicalized and malnutrition is found within medical practices.

It will be carried out through a biological and individual intervention, in which people are objects of that knowledge and must comply with the technically established standards, leaving aside their own personal beliefs and values.

5.2.3. Petite, chubby but malnourished

Among the malnourished children there were over 2 years old, the most appropriate relationship for the assessment of malnutrition in them is that of height/age, taking this into account, I incorporated the question: Are there any older children who are short? and fat can be malnourished? and I got the following answers: E1: *“ A short, fat boy is malnourished because he is anemic, something is missing in his blood.”* E2 : *“Yes, he may be malnourished and he is anemic, he lacks iron.”*

E3 : *“Yes, he can be malnourished, have a paunch and be anemic, lacking iron and vitamins.* E4 : *“ No, someone who is short and fat is not malnourished, they have something wrong with their metabolism.”* E5: *“Yes, from what I saw in the videos, and it lacks minerals.*

E6 : *“Yes, because the belly could have parasites and that makes it possible to be anemic, lacking*

iron.”

Except for interviewee 4 who says that he/she cannot be malnourished, but may have metabolic problems, the rest consider that a child of short stature and overweight can be malnourished, so there is a coincidence between this belief, or popular knowledge among the mothers interviewed. What appears to coincide between the representations is that women identify the phenomenon of malnutrition as something external to their children's problems, with no reference to the specific situation of their children with some degree of malnutrition.

Maya (2007), in an investigation, showed that all of the interviewees did not associate short height and being overweight with the presence of malnutrition until the health personnel informed them. Some mothers complained that the health personnel wanted to see them as fat and big, when the whole family was small and thin.

An important fact that this author highlights is that the majority of those interviewed had a lack of reference to malnutrition as a serious problem for their children, until they participated in health education activities.

5.2.4. The stew is healthier

Regarding who taught them to cook, the interviewees indicated that their mothers and all of them reported that they expressed that the stew was the best food for the family, so I asked them to explain to me why the stew was better for the child than other foods.

E1 : *“My mother taught me, when I was 12, that stew is the best food for the family...Stew is more complete, it nourishes you more and has tastier things.”* E2 : *“The stew is our food, because it has more good things.”* E3 : *“...because it is thicker, it has more vitamins that are in vegetables, in pumpkin, potatoes, carrots and it is stronger.”* E4 : *the stew is more nutritious because it has meat and vegetables, everything together is more consistent.”* E5 : *“...stew is the best food, because it has more nutritious things like vegetables.”* E6: *“...because it has more foods, like meat and vegetables.”*

The concept of social representations refers to the knowledge acquired and shared socially based on experiences, information and knowledge, transmitted by culture, school and the media. In the case of those interviewed, the belief arises that stew is the best food, an idea that is transmitted from generation to generation.

These data demonstrate the importance of the mothers' subjective supports and prior beliefs; therefore, malnutrition could be the result of a complex order of relationships between cultural, social and environmental factors. Including the quality of food to situations that have to do with the reality of the family and, fundamentally, the bond with the mother, especially in the first years of life.

In a work carried out in Peru, Gamarra- Atero, Mayra Porroa, & Quintana-Salinas (2010) recognize that little is known about why certain dietary practices are carried out, the authors cite a work from Costa Rica, Murillo S, Brenes (1985) in which half of the mothers had some basic knowledge about the contributions of proteins, carbohydrates and fats, the other half had confusion with the concepts. 81% of the women answered correctly about the periods of breastfeeding; in this percentage, the women answered that the diet proposed by the teams was in second place with respect to soup and stews.

maternal ideas or thinking, but are manifested in the practical life of mothers when deciding how to feed their children.

5.2.5. Feelings about the diagnosis.

In my interviews I asked how they felt when they were told that their children were malnourished and I got the following answers:

E1 said that: *“it gave me a depression, I felt very bad as a mother.”* The term “low” is used in Argentina to refer to lack of spirit, depression, or in some cases a decrease in health. For her part, E2 said that: *“we feel very bad, there is food at home, but she doesn't eat.”* E3 reported: *“I felt very bad as a mother and I began to think that, if I was breastfeeding nervously, or that since I was 31 years old my milk was not good, my husband also felt bad.”* E4: *“I felt great frustration, like*

my husband, because we didn't understand what was happening .” E5: “With my husband, we both felt very bad, as a mother I felt very bad because I thought I didn't know how to feed him,” and the last interviewee, E6, said “...we both feel very bad because we don't know how to feed him .” “It grew well, I started crying all day.”

Although they all accepted that they know how to cook, that they learned in adolescence and then continued learning on their own, watching television or videos, that *“the stew was the best food”* ; They affirm these ideas to assert that they have fulfilled this family belief/mandate for feeding the family and, especially, the children. But at some point, when one of their children is diagnosed with malnutrition, this fact generates frustration and feelings of being *“ bad mothers ,”* as several of them reported.

Ortale (2002) points out that several of her interviewees who had eutrophic children attributed malnutrition to poor nutrition due to maternal neglect, because childcare is fundamentally the mother's responsibility.

Juárez (2006), in his work with populations originating from Guatemala, states that the social meaning of nutrition and the model of practices that these models imply is essentially maternal, this feminization of child care determines that malnutrition is considered a failure of women in this role of mother and wife, in short, having a malnourished child is being a *“bad mother”* .

The frequent complaints are: the lack of dedication to the children during the meal, not taking into account the number of times a child should eat, not knowing how to breastfeed, giving incomplete milk, it is reported that the child is fed too many times. per day or because she is too old to do it. Despite being from two very different cultures, these responses are similar to those expressed by E3, *“ I began to think that, if I was breastfeeding nervously, or that since I was 31 years old, my milk was not good”*, that It would be similar to having *“incomplete milk.”* For her part, E5 felt like a *“bad mother.”*

To analyze the belief of what it means to be mothers in the Western world, I base myself on the work of Visa Barbosa & Crespo Cabillo (2015), who make a historical journey on maternal representation from modern times to the present, starting from the two The original images from which this representation is built are the Virgin Mary, for the Catholic religion, and the Angel of the Home for Anglo-Saxon societies, (Queen Victoria).

The Virgin Mary is an illuminated image without shadows, it is a totalitarian vision and this harms women, because to be like her , you have to be a woman, mother and wife without shadows on any of the planes.

In the Anglo-Saxon world, it is added that she has to be a perfect housewife, Queen Victoria being the standard of this figure that is supported by rigid morality and a side of economic performance. This stereotype was that women had to serve as breadwinners and take care of their children ; their place was secondary to theirs, as also expressed by Di Marco, Faur , & Mendez (2003).

In the complexity of these speeches that start from a Virgin and an Angel, it can be seen that motherhood is something holy and generates a very deep mystique. In addition to this Victorian representation of motherhood , during the 20th century with the growth of psychoanalysis and Piaget's contribution to education, women's responsibility in caring for the mental health of their children increased.

In general, the media has reinforced and stereotyped the maternal role of women, globalization and the appearance of social networks allowed many women to have access to strategies for raising their children, as expressed by those interviewed through You. Tube , cable TV programs or through networks that become, in many cases, a tool to know and learn things necessary for your daily life.

Regarding beliefs, Diez Patricio (2017) maintains that: *“ unlike ideas-occurrences, they are ideas already assumed by society and with which the subject in his development encounters and adopts as an interpretation of reality. Belief supposes an expectation of action on the part of the believing subject, since it disposes him to act in a certain way” “...the feeling of certainty or conviction is implicit in the belief; In fact, it constitutes proof of the existence of the belief” “... “beliefs are inferred, not observed ,”* but as contemplated in this work, they strongly condition human behavior, in this case maternal behavior.

They all felt frustrated in their maternal role and, even though some shared feelings with their

partners, they all assumed the weight of responsibility for their children's malnutrition for not being good mothers, not knowing how to feed and not being able to breastfeed efficiently. From this perspective, by considering people as active subjects and bearers of rights, investigating nutrition must necessarily incorporate subjective variables and the social representations that families have about their health and illness and, in particular, about the malnutrition of their children.

5.3. What do household heads know about malnutrition?

5.3.1. Learning in food preparation

To learn about these processes, I asked them if they thought they knew how to cook and who had taught them.

E1: *" Yes, I know how to cook, what I like most is making stews, also pizzas and I can make marinaras..."*. E2: *"Yes, I know how to cook, I learned alone by watching TV, the best food is stew."* E3 : *"I know how to cook, I like it a lot, my mother taught me how to make stew, which is the best food, I was 12 or 13 years old."* E4 : *"I know how to cook, not many things, but I manage, my mother taught me homemade recipes when I was 13 , but that stew was the best."* E5: *"I know how to cook, the basics, but I look for it, my mother taught me, I was a girl, I think 12 or 13 years old, recipes for homemade food, but stew is the best food."* E6: *"Yes, I know how to cook and I like it, I am always looking for new things, my mother taught me the basics, at 13 years old she taught me that soup and stew are the best food."*

Kral , TV, Ravh , EM (2010), cited by Black & Creed- Kanashiro , (2012) points out that the role of the family in learning is fundamental nutritionally, but the contributions are rather focused on diet and are pays little attention to the relational aspects between children and caregivers, the authors emphasize that these relationships establish, the "what", "how" and "when" children eat, is based on cultural beliefs and patterns. , through the accessibility and availability of food. Data similar to my work have been observed by Huergo (2017) , who in her research reports that the women of Villa la Tela also learned by watching their mothers cook at the age of 12 or 13.

An important aspect related to learning is related to well-being, which is a subjective aspect but is transmitted culturally, this aspect influences the purchasing, selection and consumption processes of food, as Denegri refers. Cordoba , Castaño Cano, Schnettler Morales & Vivallo (2016), who identify the taste of food with the well-being that is transmitted culturally, which is closely linked to sensations, smells, flavors during learning to cook or eat, which is reflected in my interviewees, whose mothers taught them to cook and that stew is the best meal for the family.

When analyzing eating patterns, the authors explored within the concept of sociality what the interviewees understood and the majority responded that it was eating as a family, the ingredients of the meals and the cooking times.

In this sense, there are responses that coincide with what was expressed by E 4 of Villa Don Andrés, *" affection is shown by cooking, but sometimes you have to be practical, when I arrive later from school I make a Milanese that fills them up and like"*. The styles of feeding children are also important , as they are highly variable in family and social contexts.

Huergo (2017) in part of her research shows that the styles of cooking and feeding families not only depend on the knowledge of the actors, but aspects of well-being and tastes are also very important, which women refer to as *" giving themselves a little pleasure "* which would be eating things that they say are junk, but it gives them satisfaction. This is consistent with what my interviewees expressed , in general, they agree that on the weekends when they all eat together with their spouses and children, they can eat Milanese, hamburgers and fries, treat themselves, said the first interviewee.

5.3.2. Stew and soup ingredients

Given the coincidence that stew is the best food, I ask them how each of the families prepares it .

E1 : *“Vegetables are important : pumpkin, potato, bell pepper and sweet potato”, I also add chicken , carcaza or wings to the meat because it is cheaper, we like noodles more than rice.”* E2 : *“ Corkscrew or bun noodles, vegetables, potatoes, bell pepper, sweet potato, natural tomato and tomato sauce, we add beef when we can, in general we use chicken, wings and carcass, because it is cheaper”;* E3 : *“a lot of vegetables because they have vitamins, potatoes, sweet potatoes, bell peppers, carrots and we like beef, but it is very expensive, so I put chopped chicken, I use noodles because it fills them up more.”* E4 : *“vegetables like pumpkin, carrot, potato, sweet potato, bell pepper, have many vitamins, beef , skirt, or chopped chicken and we like noodles better.”* E5 : *“I put almost all the vegetables, pumpkin , potato, sweet potato, bell pepper, carrot, chicken meat, carcass or wings, we use noodles because it yields more.”* E6 : *“The soup is better because I put more things in it, especially vegetables that have iron and vitamins, potatoes, sweet potatoes, bell peppers, pumpkin, carrots, chicken meat, pieces, because it is cheaper, bow noodles and because they yield more . ”*

From the answers given, it can be seen that they all cook with the same basic foods: vegetables , meat and noodles or rice, and they give importance to vegetables because they consider that they provide vitamins and minerals.

The problem is due to the costs of proteins, beef would be the preferred one, but they have to restrict it due to the high cost of these cuts, even the cheapest ones, and they use chicken cuts (wings and carcass) which are the most expensive. accessible.

From the analysis of the responses, it is inferred that they are in a situation of moderate food insecurity, because the quantity and quality of the food they use to prepare food for their child is compromised by the lack of income Vildoso Fernández , Rodríguez Osiac , & Weisstaub , (2020) express that food insecurity refers to the access and availability of food limited by the resources that families have for their purchase. In my interviewees, this is observed that they use economic cuts of beef and chicken and prefer noodles to rice because they are more filling and cheaper. Rivera Vázquez (2019), in her work in Chimbonazo Ecuador, shows that, in the majority of the families interviewed, they used older carbohydrates in the diet of the children, with very little or almost no presence of vegetables and fruits, which is consistent with what was expressed by my interviewees, they use potatoes and sweet potatoes which are also from the group with more carbohydrates and few leafy vegetables, none of them referred to the use of fruits in meals. Ros (2016) worked on the recovery of malnourished children under 5 years of age. In most of the responses, the women who were responsible for this food responded that they cooked for everyone equally, prepared primarily based on carbohydrates, such as rice and noodles, also highlighting important errors in the quantity and quality of the nutrients provided, excess carbohydrates, lack of proteins and vegetables.

I observed a different situation in my interviewees , that except for 2 who inverted the amount of vegetables for carbohydrates, the rest distributed the nutrients properly. Hernández Escalante & et al (2014), in a work with the Mayan population, showed that the majority of the interviewees recognized that they eat a daily meal (lunch) with their children and that they all eat the same thing, some from At 6 months and others close to a year, some of those interviewed see early incorporation (6 months) to the family table as negative because it can be dangerous for children due to access to food that is not good for them.

5.3.2. Proportions of nutrients in the stew

To identify the women's knowledge about the nutrients in food, in one of the interviews I brought a normal-sized shallow plate divided into 3 parts (see image Annex 2) and asked the mothers to tell me how they placed the vegetables. , proteins and carbohydrates.

E1 : *“in the largest part are the vegetables, in the other two, noodles and meat.”* E2 : *“in the largest part are the noodles, in the smallest part are the meat and vegetables.”* E3 : *“in the largest part are the vegetables, in the other two are the noodles and the meat.”* E4: *“In the large part are the noodles, in the others are the vegetables and meat.”* E5 : *“The vegetables are in the large part, the noodles and the meat are in the other two.”* E6 : *“in the large part are the vegetables, in the*

other two are the noodles and the meat .”

Except for E2 and E4, which place proteins and carbohydrates in reverse, the rest do so appropriately . I then asked them where they had obtained that information, she told me that she saw a poster at the Perrando Hospital and it stuck with her, the rest answered that they didn't remember where they had learned it.

Sedano León (2017) maintains that most mothers have little knowledge about the relationship between anemia and malnutrition and how to improve this with nutrition.

Arias Pérez & et al (2016) report that the majority of mothers show some knowledge about the proportions of nutrients in their children's diet, but then they are indifferent when trying to use those nutrients and persist in prolonging breastfeeding. breastfeeding and using other unhealthy foods, which demonstrates how the subject articulates his beliefs versus his personal knowledge.

Barboza Vásquez, Malca Saavedra, & Mendoza Sánchez (2014) show that the knowledge of the mothers interviewed is fair or bad in 80% of the cases, regarding the composition of healthy foods and the way to prepare them , they maintain that the most worrying is that these women attend training workshops provided by the team of a health center, which is not noted when evaluating the responses provided to the authors of the research.

5.3.3. Junk food is bad.

Below I present the responses of the interviewees regarding what they consider “junk” foods to be

E1: *“ Junk food , Milanese, French fries are bad because they have a lot of fat, this produces obesity , which would be the opposite of malnutrition.”* E2: *“Junk food, fried foods are bad because they have a lot of fat.”* E3: *“Junk food, Milanese, fried foods, hamburgers are bad , because they make you fat and don't feed you, but they get you out of trouble.”* E4 : *“ The fried ones, what they now call junk food, we try not to eat too much of that, but my husband wants the fried Milanese.”* E5: *“ Junk food for me is dry food, kids take longer to eat and it hurts their stomach.”* E6: *“Dry foods, which are what they call junk, pizzas , hamburgers , Milanese, fill you up, but they don't feed you.”*

The term junk appears, for the first time, in the United States in 1951 (De Innocentis , 2022), to define fatty and unhealthy foods, with an increase in industrialized products, comprising *“ all those foods, mostly industrial and highly processed, characterized by a reduced nutritional value and a high presence of calories, cholesterol, saturated fats, refined white sugar, salt and white flour, as well as additives, colorings and chemical preservatives .* Among these are hamburgers, hot dogs, French fries, cola drinks, sweets, and cereals.

Bonvecchio Arenas, Blanco García & Carreto Rivera (2011) show, in their work, that the majority of those interviewed consider that homemade meals are the best and that junk food is bad because it makes you fat and does not nourish because they contain a lot of sugar, flour and chemicals.

Denegri Córdoba, Castaño Cano, Schnettler Morales & Vivallo (2016), in the questions about eating patterns , identified the concern for the own health of the interviewees who expressed that fatty and fried foods should be avoided because they are bad for them, make them fat and they get sick Which is consistent with what was expressed by my interviewees.

All of these are among the risk factors for the presentation of metabolic diseases that are precursors to cardiovascular problems and diabetes, the main causes of death worldwide.

In a study conducted by Fernández Soto et al (2017), the authors explored lipid metabolic problems in malnourished children because these disorders increase the risk of cardiovascular diseases and diabetes in adulthood.

Lipid metabolism is significantly altered in the malnourished.

They conclude that: *“ current research shows that children with acute malnutrition had an increase in both triglycerides and very low-density lipoprotein cholesterol with a decrease in high-density lipoprotein cholesterol .”*

For his part, Larry (2013) states that the term is inappropriate because what fails is the nutritional plan , not the fat and carbohydrate content of the foods that can be consumed at certain times.

But selecting these foods has consequences on health in the medium term, it is proven that, as more of these foods are consumed, they stop ingesting vitamins and minerals that promote a better diet.

An important point is the advertising that encourages people to eat these products that are tasty and cause satisfaction when doing so.

The name that junk food is "*dry food*" (expressed by two interviewees) draws attention because they adequately conceptualize this type of food preparation. In this sense, Rosales Hernández, Torres Monge & Tremiño Quesada (2017) cite studies carried out at the Mount Sinai Hospital on dry foods, which they consider to be roasted, fried or baked foods, which produce substances called advanced glycation end product (PFGA) that produce metabolic complications that affect the kidney and pancreas.

The conclusion is that changing diets low in PFGA is important to prevent kidney and/or chronic diseases and improve the quality of life of these people. Data that, by the way, coincide with those found by Fernández Soto, Quintero Nieto, Troya Ortiz, Arráiz de Fernández & Romero Adrián, (2017), in relation to the lipid metabolism of malnourished children.

Obviously my interviewees did not have access to this type of publications, but their accurate name of "*dry food*" coincides with these clinical trials that show that eating excessively roasted, fried or baked foods produces metabolic problems, in this case their knowledge coincides with scientific research works.

Despite identifying them as "junk" food, women refer to the fact that they consume them on weekends when they can all be together, because their husbands are present at lunch and they view it as "treating themselves," as E1 expresses it, who on some weekend indulges and prepares a marinara, or like E3 who, on the weekends, eats a hamburger with fries. E5 says that, for her husband, the milanesas have to be fried and they eat that way on Saturday or Sunday. Or E6 who says that this fills the children, but that they do not give it to them very often because it hurts the stomach, which coincides with the work of Huelgo (2017), which points out the "ambivalence of food "Junk is rich but negative for the body."

She tries to show, in her work, that poor families do have a kitchen and do not only do so to survive, as is prejudicedly believed, by other higher-income social groups.

5.3.4. Causes and consequences of malnutrition

Regarding what caused malnutrition and what are the consequences for children of suffering from this health problem, the mothers answered the following.

E1 : *"Because the kids don't eat well, they don't eat enough, there must be something else but I don't know, it could happen to them, they could die, because their defenses fail and they die from many strange things, otherwise they die, "They remain disabled, because their brains do not function well."* E2 : *"Because they don't eat well, the consequence is that they can die because they have no defenses, if they don't die they can become disabled."* E4 : *"The cause is the metabolism, due to intolerance of some things, and they do not have enough minerals and vitamins, which are in vegetables and this causes their defenses to fail, the consequences are that they die from these diseases. If they don't die, they don't grow well and the brain does not develop."* E5 : *"The cause is that they don't eat well and their defenses fail and they get sick from a lot of things, they can die from it, if they don't die it complicates their lives as adults."* E6 : *"The cause is poor nutrition and something else that I am not very clear about, if they are not treated they will die from rare diseases, if they do not die they will be left behind and their lives will be complicated with the other kids their age who "They do bullying."*

To better understand the mothers' responses, we must delve deeper into the topic of causality in health, which has always been the subject of discussions and paradigm shifts throughout history. In accordance with the preceding theoretical framework, the mothers' responses demonstrate that they understand the phenomenon of malnutrition in their children from a unicausal vision, which coincides with what the majority of the population understands regarding the health-disease process.

In the “ Unicausal ” model, health/disease is the result of the external aggression of microbial agents and the response of the individual called “susceptibility”, for each disease it was about identifying a causal agent, with this model the diseases were eradicated. infectious diseases with the management of antibiotics (Gil, 2003; Frenk , 2010).

They recognize as causes: not eating well, not eating enough, breastfeeding poorly or poorly, metabolic problems, lack of vitamins and minerals, because their defenses fail and, in general, they agree on the cause as “poor diet.”

Regarding the consequences, they point out as a possibility, death, disability, the brain not working well, lack of growth , lack of brain development, complications in the lives of older people, they are left behind and it becomes complicated. life with other boys/girls who bully them , evidencing, in the latter, serious consequences for their relationships with their peers and society. To complete these concepts ask: Where did you learn about malnutrition?

E1 : *“With the youngest I started watching YouTube videos, but I stopped watching them because I didn't understand what they were saying, because Mexicans speak strangely.”* E2 : *“I learned by myself by watching TV, channel 9 of Resistencia and 7 (Public Television), I don't have a cell phone and I don't know about social networks.”* E3 : *“I learned those things alone, watching TV (cable) and Facebook videos, I don't watch the YouTube videos because they show Africa and it scares me.”* E4 : *“I learned the rest of the meals by myself , first by watching TV (cable) and now YouTube and Facebook videos.”* E5 : *“I learned the basics by watching some TV, but now I only watch Turkish soap operas, I watch some Facebook videos that are better”;* E6 : *“I learned alone by watching Channel 9 Resistencia TV and now with YouTube and Facebook videos on my cell phone.”*

There is no doubt that the media and social networks, since globalization, significantly influence communities around the planet. I analyze below some works on the impact of the media when transmitting news.

Meijia , Garay- Rios , Garay- Rios & Enriquez-Anco (2020) carried out a cross-sectional observational study , through 3,493 virtual surveys in all major cities in Peru, on the exaggeration and fear transmitted by the media and social networks. , as expressed by interviewee 3, regarding the fact that she does not watch *“ YouTube, I don't watch it because it shows about Africa and it scares me.”*

In their case, these women used television and networks as a way to know and inform themselves about their children's malnutrition, to learn about healthy foods and, also, to learn how to cook, feeling afraid of certain types of publications or images that reflected cases of extremely serious malnutrition, so they stopped watching this type of material and also others because it was difficult for them to understand the language, as in the case of Mexican programs.

5.3. Modes of action on malnutrition of mothers

In previous paragraphs, I focused on the analysis of the beliefs and knowledge that mothers with malnourished children had and, also, what feelings the situation of malnutrition that their young children had aroused in them, continuing with the Jodelet's conception of social representations, I will then reflect on how they act and what responses they obtained.

5.4.1. Social reproduction strategies of the family group

The interviewees acknowledge that they make all their purchases in the neighborhood, because even though the prices are higher than those of the wholesalers or hypermarkets in the city of Resistencia, they have difficulties in being able to get the merchandise by public transportation. That is why they identify that they buy second brands, but that they are also accessible due to the price, in this regard they reported the following:

E1: *“ I buy meat, fruit and vegetables in the neighborhood, the other things I go with my dad to the wholesaler that is nearby . ”* E2: *“ We buy meat and other merchandise in the neighborhood, my*

husband brings the fruits and vegetables from his job that they give him ” (refers to a fruit and vegetable market). E3 : “ I buy everything in the neighborhood, meat, vegetables and all other foods .” E4: “ I buy everything in the neighborhood, although it seems more expensive, I can't go downtown to buy and give up .” E5 : “ I buy everything in the neighborhood because I only have one motorcycle and I can't go downtown to buy .” E6 : “ I buy everything in the neighborhood, it's easier, because buying many things is difficult to bring on the bus and the remisse are very expensive .”

These responses place us in the perspective of having to postulate the neighborhood as a space in insularization , which from the conceptualization of Fournier and Soldano (cited in Soldano , 2008), this phenomenon is defined as:

Problems with access to employment and obtaining income, low capacity to consume food and non-food goods, serious problems of moving to extra-neighborhood places (both to use health and educational services and to dedicate time to recreation) are just a few. of the dimensions of the experiences in these territories. [...].

The possibility of resisting - individually, family and collectively - in a context of growing systemic adversity is limited to the interior of the neighborhood. The difficulty in going out in search of resources transforms the neighborhood space from the realm of the familiar and known to the realm of the possible; However, the drastic reduction of the surrounding space only minimally solves the problems of income and consumption.

The neighborhood is a space in which the action of different structural factors are combined that have a great capacity to condition the accessibility of its inhabitants to other spaces (or other neighborhoods) and where, in addition, a whole series of processes that influence in daily life of its inhabitants, determining restrictions on their ability to consume food and non-food goods. In this sense, Gutiérrez (2007), from the perspective of Pierre Bourdieu, maintains that human beings generate a set of different practices through which subjects and their families, whether consciously or unconsciously, tend to conserve or increase their heritage. , these strategies constitute social reproduction and have degrees of maneuver that are given by certain external factors, such as poverty, these strategies reproduce or perpetuate the current unequal social relations.

According to the same author, strategies depend on several factors: a) the state of the instruments of reproduction, one of the dimensions is geographic, how far families live from the sources of origin and distribution of goods and services. b) the actual distance to the goods, that is, their accessibility .

In the same way, the family and therefore the child as emerging from that bonding relationship, functions as a “body” as a unit to reproduce and as a “field” are a set of relationships, internal between the members and external with the physical and context. social, the two dimensions configure for the author “the social capital of families.”

Physical capital is tangible, human capital less so because it incorporates the skills and abilities acquired by people or families, social capital less so because it incorporates relationships between people outside the family environment, which can be observed in the mothers' response:

E3: “ The first thing I do is make merchandise for the kids' food, and in a kiosk I have a little notebook for emergencies .” E5: “ With the money we make ends meet with food for the kids .” E6: “ . With the money I divide it into 3 parts, the first is to replenish the kiosk, the second is for the kids' food and the third is the other expenses.”

All the interviewees responded that they all eat the same thing, the stew for lunch and dinner, and those who receive the greatest amount of milk in the health system use it for all children and not exclusively for the malnourished as indicated. the government standard.

Non-economic actions that take place in households, such as changes in the number of members , fewer children and some changes in roles, and also restrictive actions, such as resorting to loans, or changes in food consumption.

Lomnitz , cited in Gutiérrez (2007), talks about the marginality of poverty and the use of all resources that these groups make to minimize the risks and uncertainty in which they live, within

these are identified, multiplication of jobs, diversification of retail suppliers.

5.4.2. Family life strategies.

An emerging category has been family life strategies.

Susana Torrado (1980) uses this as a concept that surpasses that of survival strategies, which until then was used in the field of demography.

The author maintains that “survival strategies ” have a strong disqualifying connotation and that they identify only very low-income populations.

He suggests replacing this concept with that of family life strategies, which he defines as “those behaviors of the social agents of a given society, conditioned by their social position,” “are related to the constitution and maintenance of family units within of which can ensure their biological reproduction, preserve life and develop all those practices, economic and non-economic, essential for the optimization of the material and non-material conditions of existence of the unit and each of its members.” In other words, family life strategies constitute those practices that are related to the maintenance or maintenance of daily life and that lead to the resolution of conflicts that arise from history, the political, economic, social and cultural context of families. , as emerging from said processes.

It also refers to the singular or collective resources that families put into play to ensure their existence.

Torrado, cited by Gutiérrez (2007), states that family life strategies have the following characteristics: a) they are relatively autonomous from the macrosocial processes in which they are inserted, b) families (domestic units) organize their resources based on to certain objectives that are not always conscious, c) they are medium and long term processes, where the decisions of the past influence the present and these influence those of the future, d) these decisions encompass the entire domestic unit, we must avoid create false watertight compartments and d) there is an implicit class logic in these decisions.

This category is composed of two properties, the formation of family networks and community networks that will help mothers generate strategies that ensure the subsistence of their children.

a) Family networks

The first thing I will do, at this point, is define what a family network is.

De Grande (2016) considers that it is a metaphor taken from everyday life, the fishermen's networks, which have nodes (knots), which are related to each other, which make up a larger structure; Information, resources and feelings circulate between the nodes, depending on the type of network being worked on. Consider this type of resource as strategies for family and social development. In this sense, the interviewees reported the following:

E1: “ *My mother has raised my daughter since she was almost born, my father helps me with the cooperative scholarship and gives me money out there .*” E2: “ *My mother-in-law helps us a lot, when we lack money she gives it to my husband .*” E5: “ *My mother-in-law helps us a lot, she gives us money when we need it and takes care of the kids when we need it .*”

In these families, the network can be observed from the links between members or nodes. These bonds are built and take work to do, they create a structure of roles and exchanges between members.

One of the substantive functions of families today is to assist others in satisfying their needs, transmitting and teaching cultural patterns (Olguín, 2017). In the interviews these functions appear as financial assistance or childcare .

On the other hand, interviewees 3, 4 and 6 say that no one helps them, E3 says that they do not want to bother , E4 “ *with what we have is enough income* ” and E6 acknowledges that her sister has recently helped her with the kiosk.

b) Community networks do not exist.

Next, I will explain the absence of social support in this group of mothers:

E1: “*I don't have friends to talk to* ”; E2: “ *I don't have friends, only my husband and I talk about* ”

these things”; “E3”: this is a private matter, my world is my family and my work, I don't have friends, I don't have anything”; E5: “ I didn't only talk about that with my husband and my grandmother, I don't have any friends”; E6: “Yes, with a neighbor who told me that in the Palermo 2 neighborhood they held workshops for malnutrition .”

From the perspective of Gutiérrez (2007), the participation of domestic units in networks of reciprocal exchange of goods and services constitute survival strategies. These are informal relationships between relatives, friends and neighbors, which would replace the lack of social security of the members of these families.

In the interviews, these exchanges do not appear, only the help of the families of origin to make ends meet, but the presence of the government with social benefits, AUH, Alimentar card, which the six (6) interviewed receive, is clear. in a regular form.

Therefore, it seems important to me to highlight that my interviewees do not recognize exchange networks , but they do recognize the use of Social Programs as survival strategies.

Harris (2009), analyzing the roles in couples, refers to the fact that men are the ones who exchange goods and services in traditional families and that women must accept them and adapt their routines to them.

5.4.3. Response of the formal and informal health system

In the responses of interviewees 2, 3 and 4, “ *feed them what they tell us* ”, would perfectly summarize the response of the formal health system, before the question: Who told you that your child was malnourished? were their responses:

E1: “ She was in NEO del Perrando because she was born with low weight, she spent a month there and another month in a kangaroo mother, there, before leaving to bring her to the health center, they told me that I had to give her spinach and purees ” . E2: “ They told me here at the Health Center that he was malnourished and that I had to bring him under control, they referred me to Perrando because he had infections .” E3: “ He was born well , but one day I brought him for a checkup and they told me that he was underweight and at risk of malnutrition .” E4: “ I brought him for a check-up and the girl told me that he was underweight and at risk of malnutrition , they told me that I had to bring him for a check-up every 15 days and a list of foods to give him, it was the doctor because he was not yet there.” nutritionist ”. E5: “ I brought him for a checkup and they told me that he was underweight and at risk of malnutrition. I didn't understand much about risk, just that he was malnourished. The girl who does the checks told me and she told me to remove more milk and will bring every 15 days .” E6: “ I brought him in for a checkup and they told me that he was very underweight, that I had to bring him in once a week and they gave me more milk .”

What is observed is that only the diagnosis “malnutrition”, “low weight”, “risk of malnutrition ” is transmitted, but what this means is not explained, or if the mother understood what was being said to her, as pointed out. interviewee 5 “didn't understand that about risk.”

I must define what I understand by health system to be all public and private institutions that have the purpose of providing health care to all the inhabitants of a country or region.

The WHO states that health systems must improve the health of the entire population, offer adequate treatment to users of health services and guarantee the financial security of health systems (Álvarez Dardet Díaz, Ronda Perez , Aranáz Andrés, & Aibar Ramon, 2011). As is usually the case with WHO definitions, they are very abstract and general, which prevents them from being translated into concrete practices, such as responses to the problem of malnutrition.

For his part, Gervás (2008), proposes other objectives that are:

- a) the defense of health (protection),
- b) increase in health (promotion),
- c) avoid diseases and their consequences (prevention) and
- d) organization of clinical services (care).

The author states that the first two objectives promote positive actions, while the remaining two are based on negative effects trying to avoid further damage.

In the case of malnutrition and in my work in particular, the important aspects would be preventive, that is, women knowing how to ensure that their children do not become malnourished. Salleras, Sanmarti, & Garrido Morales (2008) express that there are many definitions of education health (or for health), but they all have in common the favorable modification of the attitudes, customs of people, families or social groups, therefore, they are behaviors.

The recipients of education constitute all the members of a community, at different times or circumstances because educating the healthy is not the same as educating the sick; the authors consider those who the community assigns those categories to be healthy or sick.

In addition, they incorporate the categories of young or old; for the former, they consider that health education should be done at school, while for the latter, the setting will be the community or the workplace.

The agents of health education are all members of the community and all members of the health teams of the institutions that are interested in the subject. The behaviors of the educators are important and also the contents they provide. Those that should encompass the collective and the social, trying to achieve changes in lifestyles.

There are authors critical of these approaches, Alzape Yetes (2006), in a review of health education works, sought to identify the pedagogical references of these publications, observing that the vast majority correspond to traditional behavioral and hegemonic models, how observed in this thesis. For their part, Peñaranda, López & Molina (2017), in a review of the pedagogical models of health education, reviewed 40 articles from Brazil, Colombia, Mexico and Cuba, in which they found that, in the majority, they did not find the dichotomy between the classical and critical models, but are mixtures of several pedagogical models.

There are two methods of health education (Salleras, Sanmarti, & Garrido Morales, 2008), the direct ones and the indirect ones. I will refer to the direct ones because I consider that they are superior to the indirect ones, since in them there is a personal contact between them: educator and the beneficiary. In the direct model, there are four (4) approaches: dialogue (educational advice), talk, class and group discussions.

Among the indirect ones are auditory and mixed (audiovisual), posters, brochures, group discussions and what is published in the press, which by the way are those to which the mothers had access, namely:

E1: *" I saw a poster in NEO del Perrando where they showed that plate with the meals and it stuck in my mind ."* E6: *" A neighbor told me that, at the Villa Palermo Community Center, which is part of the Social Development of the Province, they gave workshops on food and I went "* (group discussions).

Unlike these indirect models, direct models consider that dialogue is the best way, to which must be added that there must be a climate of trust and mutual understanding, knowing how to listen, knowing how to converse and respect the opinions of the family.

In my interviewees, these aspects were not observed because, as shown above, the health personnel only told them that their son/daughter was malnourished and that they had to bring him/her to the check-ups more often.

In the Health Centers, the control of a healthy child is a scheduled activity, in which once a month the anthropometric parameters and vaccination schedules are controlled, mainly as prevention. But with the coverage population, the contact time between staff and mothers does not exceed 15 minutes, therefore, in this time there is no possibility of generating a climate of trust.

This is what is criticized from the socio-historical current, Belmartino, S. (1998), to the Hegemonic Medical Model that considers people mere objects receiving information and orders from those who know and not active subjects in the construction of knowledge.

I previously referred to the formal system, but I also observed that there is an informal system, since interviewee 3 acknowledged that she went to the pharmacy, and consulted with an employee who told her that the milk was better than what they gave her at the Health Center.

CONCLUSIONS

The family and environment of the malnourished child

- The families of origin of the heads of household were made up, in all cases, of rural migrant families that settled in peripheral neighborhoods of Resistencia. They come from large families with a high number of members, with respect to the schooling of the head of household. home and his siblings all only finished primary education.
- The family of the malnourished child was made up, for the most part, of a complete nuclear family based on a cohabiting marital relationship made up of several descendants.
- In relation to housing, they either rent or are not legal owners of the property. - Some mothers do not work outside the home and others do so part-time, fathers have precarious jobs, the main source of family income is the social plans provided by the state, which constitute the main domestic consumption strategy.

Beliefs about malnutrition

- Regarding beliefs about malnutrition, mothers do not perceive the low weight of the newborn as an indicator of malnutrition, they consider that malnourished children are small, skinny and still; But if they are short and chubby, they are malnourished. The healthiest food is stew.
- There is difficulty in maternal perception of the objective health status of their children with malnutrition. They were unaware that they were malnourished, they did not go to the consultation due to the symptoms they observed, the diagnosis of malnutrition was made at the health center when they went for control. When they received the diagnosis of their children's malnutrition, it caused them feelings of sadness and guilt.

Knowledge about malnutrition

- Regarding knowledge about malnutrition, they consider that vegetables are necessary because they provide vitamins and minerals. Meat has to be restricted due to the high cost, they use cheap cuts. Their children/ asse are in a situation of moderate food insecurity . Most of the interviewees know the correct proportions of nutrients that the stew must have to be nutritious, they do not remember where they learned it from.
- They know that junk food is not suitable for good nutrition for the child. - Regarding the causes, they say that it is because they do not eat enough, they do not eat well, or because they breastfed while nervous, due to intolerance to some things and the consequences of these are: failures in their defenses, they are left behind , they don't grow well. The majority learned about malnutrition from the media and social networks.

How do you deal with your child's malnutrition?

- In relation to how they act, that is, what strategies they generate to allow their subsistence, shopping appears in the neighborhood, which corresponds to a phenomenon of insularization and family life strategies are fundamentally given by the family networks that act as support. economic.
- The absence of community networks stands out.
- Regarding the responses of the health system, a formal and also an informal system was observed , in which indirect models of communication with the beneficiaries of the service predominated.

A summary of the main conclusions of the thesis can be seen in **Figure 3**.

MAIN CONTRIBUTIONS OF THE THESIS

As I expressed from the beginning, in this thesis, I tried to address the phenomenon of child malnutrition from the perspective of complex thinking in health, which Latin American Critical

Epidemiology uses, to explain the health-disease process.

I did it within the framework of a discovery context and whose main results, in line with what was previously expressed, can be clearly visualized in the conclusions and more synthetically in Figure 3.

I have thus attempted to contribute to a better understanding of the process through which ideas, beliefs, the participation or absence of institutions and interests shape the policies of living in our country.

In the thesis, the reader can observe how eating behavior is conditioned by various sociocultural determinants and, in turn, it acquires many social meanings.

There is a very important influence of economic, environmental, cultural, etc. factors, which interact in a complex and diffuse way.

Also, it is worth highlighting that the diet of a population is determined by the socio-educational level, ethnic differentiation, the presence or absence of social support networks, empowerment and citizen participation, social cohesion, etc., and is mediated by the conservation of family or community traditions, by the media, social networks and other sociocultural factors.

It can be considered that malnutrition is one of the most important causes of mortality in groups vulnerable by the system, as we saw in this work, and that it is a pathological situation with easy diagnosis, effective and cheap treatment, whose eradication would further increase the hope of life of the population. However, the social and food assistance policies implemented in our country for many years, aimed at specific groups, remain disconnected from the processes of true social transformation, they shipwreck in mere assistanceism and, far from transforming the social reality of these groups, contribute to the production and reproduction of certain practices that end up forcing them into the same situation in which they live daily.

This is due to the fact that public policies, for their part, were diversifying into specific and focused actions, responding to the consequences of the reconversion processes and their influence on the labor market.

In other words, the changes in the political-economic scenario have resulted in a deepening and exacerbation of the social problems that our country has.

Policies, by the way, focused neoliberal type that manifest the basic features of the accumulation model.

On the other hand, the growing health debt that weighs on the interviewed population, its negative contextual conditions, paternal unemployment, family subsistence that depends on social plans, etc. can be clearly observed.

Child malnutrition is a health problem that should be addressed by public policies and these social or welfare policies, in general, must follow a policy of equity, redistribution and must generate possibilities of social advancement.

Tactics designed to intervene and reduce child malnutrition should not be aimed at neutralizing its immediate causes alone, nor should they deliberately ignore the basic causes, which are those that reveal the political economy of malnutrition.

As current public assistance policies are proposed, they could be an obstacle to addressing problems related to basic factors of malnutrition, those that require more time and more consensus for their treatment and whose effects are less visible in the short term.

REFERENCES

- Aguilar Fleitas, B. (2015). Medicalization of life. *Rev. Urug Car diol* 2015; 30, 262-267. Retrieved on July 25, 2022, from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202015000300003
- Aguirre, P. (2004). *Rich skinny people and fat poor people, food in crisis*. Rosario: National University of Rosario. Recovered on March 25, 2022, from <https://sociologia1unpsjb.files.wordpress.com/2008/03/aguirre-ricos-flacos-y-gordos-pobres.pdf>
- Aguirre, P. (2010). *Food safety. A view from food anthropology*. Retrieved on February 20, 2022, from: <http://www.suteba.org.ar/download/trabajo-de-investigacin-sobre-seguro-alimentaria-13648.pdf>
- Aguirre, P., & Pautassi, L. (2022). *From the individual problem to the social program: the food issue in Argentina*. In G. Gamallo, *From Alfonsín to Macri Democracy and social policy in Argentina (1983-2019)* (pp. 271-312). CABA: EUDEBA.
- Álvarez, VP (2004). *Prevalence of short stature and malnutrition in schoolchildren from*

disadvantaged schools , through the use of anthropometric indicators. Scientific and technological communications .

Álvarez Dardet Díaz, C., Ronda Pérez, D., Aranáz Andrés, J., & Aibar Ramón, C. (2011). Models of health systems. In P. Gil, *Preventive Medicine and Public Health 11th Edition* (pp. 1241-1251). Madrid: Elsevier .

Alzape Yetes, T. (2006). <https://hdl.handle.net/10495/9846>. Obtained from the Institutional Repository of the University of Antioquia.