



PSIENCIA

REVISTA LATINOAMERICANA
DE CIENCIA PSICOLÓGICA

MAYO 2011
VOLUMEN 3
NÚMERO 1

ISSN 1851-9083
PUBLICACIÓN SEMESTRAL
BUENOS AIRES - ARGENTINA

PSIENCIA · REVISTA LATINOAMERICANA DE CIENCIA PSICOLÓGICA
VOLUMEN 3 · NÚMERO 1 · MAYO 2011
PUBLICACIÓN SEMESTRAL · COBAND / AACP

PSIENCIA, Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica es una publicación científica semestral editada por la Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. Está dirigida a investigadores, profesionales, docentes y estudiantes de psicología y áreas asociadas de Argentina y Latinoamérica. Publica artículos relacionados con avances de la psicología a nivel epistémico, científico, disciplinar y social y aborda temáticas de relevancia para su desarrollo estratégico en la región. Su alcance es internacional, a través de su edición en línea e impresa.

PSIENCIA forma parte del catálogo de revistas científicas de Latindex.
Se encuentra indizada en texto completo en las bases DIALNET, IMBIOMED y DOAJ.

EDITOR

Ezequiel Benito

Docente (Universidad Favaloro) / Investigador (COBAND / CIFEP / CESCIP)
editor@psiencia.org

COMITÉ EDITORIAL

Angel Elgier

Docente (UBA) / Investigador (CONICET)

Milagros Martínez

Estudiante de Psicología (UNC)

Fernando Polanco

Docente (UNSL) / Investigador (UNSL)

Luciano García

Docente (UBA) / Investigador (CONICET)

Luis Moya

Docente (UNMDP) / Investigador (UNMDP)

COMITÉ DE REDACCIÓN

Ana Belén Amil

Lic. en Psicología (UBA)

Mariana Elmasian

Docente (UBA) / Investigadora (UBACYT)

Gonzalo Pereyra

Lic. en Psicología (UBA)

Corina Calabresi

Docente (UNSL) / Investigadora (CONICET)

Florencia Giuliani

Estudiante de Psicología (UNMDP)

COMITÉ CIENTÍFICO NACIONAL

DAHAB, José - Universidad de Buenos Aires - Argentina

DI DOMÉNICO, Cristina - Universidad Nacional de Mar del Plata - Argentina

FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Héctor - Fundación Aiglé - Argentina

GODOY, Juan Carlos - Universidad Nacional de Córdoba - Argentina

KEEGAN, Eduardo - Universidad de Buenos Aires - Argentina

KLAPPENBACH, Hugo - Universidad Nacional de San Luis - Argentina

KORMAN, Guido - Universidad de Buenos Aires - Argentina

MARIÑELARENA DONDENA, Luciana - Universidad Nacional de San Luis - Argentina

MEDRANO, Leonardo - Universidad Nacional de Córdoba - Argentina

MUSTACA, Alba - Universidad de Buenos Aires - Argentina

SAFORCADA, Enrique - Universidad de Buenos Aires - Argentina

TALAK, Ana - Universidad de Buenos Aires - Argentina

URQUIJO, Sebastián - Universidad Nacional de Mar del Plata - Argentina

COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

ARDILA, Rubén - Universidad Nacional de Colombia - Colombia

BUNGE, Mario - McGill University - Canadá

GOÑI MAZZITELLI, MARÍA - Universidad de la República - Uruguay

HERRANZ SANZ, Alfredo - Asociación para la Promoción de la Salud Mental - España

POLANCO-CARRASCO, Roberto - Cuadernos de Neuropsicología - Chile

URRA, Marcelo - Universidad de Artes y Ciencias Sociales - Chile

VILLEGAS, Julio - Universidad Central de Chile - Chile

La versión en línea de PSIENCIA puede consultarse con acceso abierto al texto completo en www.psiencia.org

Las notas y artículos publicados son responsabilidad de sus autores

ISSN 1851-9083 (Impresa) · ISSN 1851-9644 (En línea)

© 2011 Departamento de Publicaciones - Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica
Av. Nazca 1425 1ºB (C1416ASD) · Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Teléfonos: (54-11) 4584-8675 · 15-5738-2554 · E-mail: publicaciones@coband.org

COBAND / AACP
Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica

La AACP es una asociación científica sin fines de lucro formada por investigadores, profesionales, docentes y estudiantes que promueven el avance de la ciencia psicológica en Argentina

El portal web de la asociación puede visitarse en www.cienciapsicologica.org

COMITÉ DE ORGANIZACIÓN

Buenos Aires

Ana Belén Amil
Mariana Elmasian
Luciano García
Gonzalo Pereyra
Sebastián Scotti

Córdoba

Milagros Martínez

San Luis (UNSL)
Corina Calabresi
Fernando Polanco

Mar del Plata

Fernando Baldini
Celeste Bogetti
Rocío Cataldo

Mendoza

Leandro Casari

Coordinación general: Ezequiel Benito

PSIENCIA · VOLUMEN 3 · NÚMERO 1 · MAYO 2011

TABLA DE CONTENIDOS

EDITORIAL	Más allá del principio del <i>paper</i> Beyond the Paper Principle <i>Ezequiel Benito</i>	1-8
INVESTIGACIONES ORIGINALES	Tipo de expresividad emocional y tendencia a la supresión de la expresión emocional en pacientes diagnosticados con cáncer Emotional Expressiveness and Emotional Suppression in Cancer Diagnosed Patients <i>María Laura Porro-Conforti, María Laura Andrés</i>	10-18
RESEARCH PAPERS	Mujeres que conviven con la desnutrición infantil. Análisis desde sus condiciones de vida Women Coexisting with Child Malnutrition. Living Conditions Analysis <i>Stella Maris Orzuza</i>	20-28
	Factores protectores y de riesgo en el estrés escolar. Implicancias en el Síndrome de Turner Risk and Protective Factors in the School Stress. Implications for Turner Syndrome <i>Verónica Zabaletta, María Elena Gorostegui, Graciela Gasparri, María José Aguilar, Marcela López</i>	30-37
REVISIONES	Aportes de la psicología positiva a la terapia cognitiva infanto juvenil Positive Psychology Contributions to Cognitive Therapy with Children and Adolescents <i>Gabriela Carrea, Javier Mandil</i>	40-56
DISCUSIONES	Ética, relevancia social y psicología organizada Ethics, Social Relevance and Organized Psychology <i>Marcelo Urra</i>	57-59
DISCUSSION PAPERS		



Carlos Molinari Marotto (1956 - 2011)

En esta edición queremos recordar y rendir homenaje a quien significó para el inicio de nuestra asociación un apoyo fundamental.

Su contacto abierto y reflexivo nos ayudó a conocer el mundo de la psicología científica.

MUJERES QUE CONVIVEN CON LA DESNUTRICIÓN INFANTIL. ANÁLISIS DESDE SUS CONDICIONES DE VIDA

WOMEN COEXISTING WITH CHILD MALNUTRITION.

LIVING CONDITIONS ANALISYS

Stella Maris Orzuza

Recibido: 28 de marzo de 2011

Aceptado: 31 de abril de 2011

Resumen: La desnutrición infantil es un problema prioritario en la agenda de organismos nacionales e internacionales. Esta enfermedad está fuertemente ligada a las condiciones de vida de los grupos más afectados. Para este artículo se presentan reflexiones sobre la mayor vulneración que generan las malas condiciones de vida a determinados grupos sociales, a partir de un estudio que analiza comparativamente el vínculo madre-hijo/a y los cuidados brindados a niños/niñas con desnutrición infantil y a niños/niñas sanos. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a las mujeres madres y observaciones. La categoría de género permitió visibilizar situaciones desiguales en los hogares de las mujeres entrevistadas. Los resultados señalan que los recursos materiales y culturales de los que disponen las mujeres del grupo social tomado las sitúa en condiciones muy precarias para hacer frente al embarazo y crecimiento de sus niños y niñas. Se encontró una similitud de situaciones de vulnerabilidad en familias con niños y niñas enfermos como en familias de niños y niñas sanos.

Palabras clave: *Condiciones de vida – Desnutrición infantil – Género – Salud*

Abstract: Child malnutrition is a priority issue of national and international agencies. The disease is strongly linked to the living conditions of those affected. This article presents reflections on the major vulnerabilities generated by bad living conditions of certain social groups from a comparative study analyzing mother-child bond and care provided to healthy children and children with malnutrition. Interviews and observations were used. The gender category allowed visible unequal situations in the homes of the interviewed women. The results indicate that the material and cultural resources that women of the selected group have, placed them in a very precarious place to deal with pregnancy and the growth of their children. Similar vulnerability situations were observed in families with ill children and in families with healthy children.

Keywords: *Living conditions – Child malnutrition – Gender – Health*

INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil es un problema prioritario en la agenda de organismos nacionales e internacionales, considerando la magnitud que adopta la mortalidad por esta causa y las secuelas que deja en los sobrevivientes. Esta enfermedad está fuertemente ligada a las condiciones de vida de los grupos más afectados. En un contexto de necesidades básicas insatisfechas las víctimas principales son los niños, que constituyen el grupo étéreo más vulnerable en las situaciones de

carencia económica (Sacchi, 1997). Esta enfermedad se encuentra vinculada con más del 41% de las muertes que se presentan anualmente en niños de 6 a 24 meses de edad en los países en desarrollo y en los niños sobrevivientes, las secuelas afectan de manera permanente su calidad de vida (Sandoval Priego, Reyes, Pérez, Abrego, & Orrico, 2002).

En la ciudad de Rosario (Argentina), tercera ciudad del país en cantidad de habitantes, los últimos datos disponibles sobre la magnitud que adopta esta problemática son

Becaria de Iniciación a la Investigación para Graduados de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Facultad de Psicología - UNR (Argentina)

Correspondencia: stella.m.orzuza@gmail.com

En el presente artículo se utiliza el sustantivo masculino por razones de estilo y no para distinguir géneros

los recogidos por el censo de talla realizado en el año 2003 sobre escolares pertenecientes al 1º año del Ciclo Inicial de la Enseñanza General Básica. Según se expresa en el documento elaborado a partir del censo, los distritos oeste y sudoeste resultaron los más afectadas por este flagelo¹. El 19,9% de niñas y niños de entre seis y ocho años que residen en la zona oeste tiene una estatura baja o muy baja con respecto a los parámetros establecidos como normales, mientras que en el distrito centro el déficit de talla afecta a un 10,7%. Las heterogéneas condiciones de vida que caracterizan a los distintos distritos se ven reflejadas en la magnitud de los eventos de morbi-mortalidad, siendo las zonas con peores condiciones de vida las regiones sanitariamente más preocupantes. Las desiguales condiciones de existencia operan segregando grupos en los que se concentran los valores negativos de los indicadores socio-económicos (Moyano, 2009). Sin embargo, la mayor proporción de eventos de morbilidad y de muerte presentes en esas zonas no es atribuible solamente a la precariedad de los ingresos económicos, son múltiples las vías mediante las cuales los ambientes pluricarentales perjudican el estado nutricional y el crecimiento de niños y niñas.

Las condiciones de vida y salud son indicadores de las lógicas con que se conforma la sociedad, del sentido que se da a los sujetos sociales, de las relaciones políticas y los procesos históricos que viven los pobladores (Gómez Tabares, López López, Ochoa Marin, & Wilches Flores, 2007) Del sistema de reproducción social de los diferentes grupos participan procesos beneficiosos para el mantenimiento de la salud y procesos

deletéreos que favorecen la emergencia de la enfermedad (Barradas Barata, 2009).

En las últimas décadas, se ha generado un interés por conocer los procesos salud-enfermedad en el marco de la cotidianidad de los sujetos, en sus diferentes espacios de convivencia e influencia. El grupo familiar, las relaciones y los vínculos que en él se generan están adquiriendo relevancia ya que su singularidad y complejidad determina situaciones distintas de cuidado que pueden estar favoreciendo o dificultando las situaciones de salud o enfermedad infantiles (Cecagno, Souza, & Jardim, 2004).

Entre las relaciones que se han estudiado para la comprensión de los procesos salud enfermedad se incluye el vínculo madre hijo, cuyo análisis comienza en la década de los 50 del siglo pasado, con autores del campo de la psicología como Spitz, Bowlby y Winnicott. Estos autores demostraron que el vínculo madre-hijo/a implica condiciones esenciales para la sobrevivencia de los niños considerando la inermidad constitutiva del recién nacido (Lane, 1999). Puede observarse en sus obras que centraron su mirada particularmente en la mujer como principal cuidadora, respondiendo a los parámetros culturales de su época. Sin embargo, pese a los amplios desarrollos y discusiones actuales sobre las desiguales condiciones que implican, especialmente para la mujer, la reproducción de los estereotipos tradicionales de género, continúa siendo la mujer, en las familias de bajos ingresos económicos, quien se dedica al cuidado de los niños, aún estando incorporada al mercado de trabajo (Marcús, 2006; Meler & Burin, 2001).

Este artículo, que se incluye conceptualmente en la búsqueda de una mayor comprensión sobre los determinantes sociales de los procesos salud-enfermedad, presenta resultados preliminares de un estudio que plantea como objetivo general analizar las características del vínculo madre hijo/a y los cuidados brindados por madres a niños/niñas que padecen desnutrición, comparativamente con niños y niñas bien nutridos provenientes de hogares que reciben ayuda

¹ La ciudad de Rosario se encuentra organizada en seis distritos, delimitación territorial efectuada por el gobierno de la ciudad en el año 2002, con características heterogéneas entre ellos. El distrito centro exhibe las condiciones de vida más homogéneas y la mayor densidad poblacional mientras que la población de los distritos Noroeste, Oeste, Suroeste y Sur presenta necesidades básicas insatisfechas superior al promedio de la ciudad. Las áreas sur y oeste cuentan con un alto grado de población alojada en asentamientos irregulares que abarcan aproximadamente al 30% de su población (Temporetti, Bertolano, Augsburg, & Enría, 2008).

alimentaria estatal residentes de la ciudad de Rosario, Argentina, cuyas edades median entre los doce y los veinticuatro meses. Se buscó construir algunas hipótesis que respondieran a la pregunta por la distribución diferencial de la enfermedad dentro de un mismo grupo social. ¿Por qué algunos individuos enferman de desnutrición infantil, mientras que otros no lo hacen?

Se incorporaron las condiciones socioeconómicas de las madres y los niños considerando que, este problema salud-enfermedad se presenta mayoritariamente en determinadas condiciones de vida que vulneran la salud de todo niño o niña.

En este artículo se presentan resultados y consideraciones sobre el vínculo madre hijo en las situaciones de salud-enfermedad señaladas (niños bien nutridos y niños con desnutrición) tomando las categorías Condiciones de Vida y Género. Se recuperan las características del barrio y las viviendas diferenciados por la situación de salud infantil (desnutrido-no desnutrido). En un segundo apartado, se describen los grupos familiares a la luz de la categoría género, considerando la función de cuidadora de los niños atribuida a la mujer por los estereotipos de género presentes en este grupo social.

MÉTODO

Este estudio adopta como perspectiva psicológica los desarrollos de la psicología sociocultural. Se nutre también, especialmente en el tipo de estudio, de aportes de la epidemiología social crítica.

Operacionalmente, se definió realizar un estudio de casos y controles para el cual se seleccionaron diez díadas madre-hijo, cinco de las cuales el niño esté diagnosticado como desnutrido y otras cinco díadas en las cuales el niño no padezca ni haya padecido desnutrición. La selección de la muestra fue intencional accediendo a las mujeres a través de informantes claves de una institución sanitaria de gestión pública presente en el barrio Empalme Graneros de la zona noroeste de la ciudad de Rosario. Los niños y niñas

fueron pareados en función de la cercanía o de la vecindad. Los criterios de inclusión-exclusión utilizados para la selección de los niños con diagnóstico de desnutrición fueron: edad gestacional, peso al nacer, sin daño neurológico ni genético y lugar de residencia.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a las mujeres en sus domicilios. En el marco de las entrevistas se recogieron por observación las características de las viviendas y del barrio. Los ejes que guiaron las entrevistas pueden agruparse en: Características del grupo familiar (composición, edad de sus miembros, situación conyugal, nivel de escolarización alcanzado, ocupaciones, ingreso familiar, recursos alimentarios) y Condiciones al nacimiento del niño (apoyos vinculares, situación conyugal, circunstancias del embarazo, eventos significativos que rodearon al nacimiento del niño, composición del grupo familiar, ocupaciones, concurrencia a las instituciones sanitarias). En este artículo se recuperan enunciados de las mujeres recogidos a través de las entrevistas y las notas de campo sobre las condiciones del barrio y las viviendas.

Para la interpretación de la información obtenida se utilizó el análisis de contenido, en su acepción que implica el análisis del texto de las entrevistas en su contexto, tanto al interior del medio inmediato de la misma entrevista (la relación asimétrica entre entrevistado y entrevistador) como en la trama más amplia en la que se inscribe el discurso del sujeto consultado (Piovani, 2007).

Se pidió el expreso consentimiento a las participantes de este estudio y se utilizan nombres ficticios para preservar la identidad de las entrevistadas. Los nombres dados a las mujeres son ficticios para preservar su anonimato.

RESULTADOS

Características del barrio y de los grupos familiares seleccionados: análisis de las condiciones de vida

El trabajo de campo se realizó en el barrio

Empalme Graneros de la ciudad de Rosario. Este barrio fue seleccionado por pertenecer al distrito noroeste, el cual ha sido visualizado, junto al distrito oeste, como las áreas geográficas con indicadores socio-económicos menos favorables (Augsburger, Galende, Gerlero, & Moyano, 2006).

Empalme Graneros es un barrio heterogéneo en cuanto a su grado de urbanización y accesibilidad a servicios de infraestructura. Analizando la distribución de la muestra en el área geográfica, tres de las diez mujeres entrevistadas viven en el asentamiento irregular, siendo dos madres de niños enfermos y una madre de un niño sano. Este sector del barrio presenta un menor acceso a servicios públicos, cuenta parcialmente con alumbrado público y agua corriente. Las calles precariamente trazadas se convierten en pasillos angostos donde el sendero convive con zanjas para el desagote en ausencia de cloacas. El sector de urbanización municipal donde se ubican las otras siete familias, presenta sus calles trazadas por la urbanización y en su mayoría asfaltadas. Cuentan con alumbrado público y red de agua potable. Tampoco poseen cloacas.

El espacio habitacional en el que conviven las personas entrevistadas comparte condiciones de precariedad en sus edificaciones. Las viviendas son de escasa superficie edificada en las que se distribuyen piezas, baño y cocina. Las casas de las familias de niños sanos exhiben menor precariedad, aunque todas presentan hacinamiento. Sus hogares presentan materiales resistentes y sólidos en paredes y piso, no así en el techo de una de las viviendas y ninguna incorpora, al igual que en los hogares de los niños enfermos, los elementos de terminación y aislación necesarios. En relación a las casas de los niños con desnutrición, dos de ellas presentan materiales resistentes y sólidos en paredes y piso, no así en el techo en una de las viviendas y en las tres restantes sus paredes y techos son de chapa en mal estado.

Sobre el equipamiento del hogar, se observó que en tres hogares de niños enfermos no poseen heladera, lo cual limita las posi-

bilidades de adquisición de alimentos perecederos y su óptima conservación. Una de estas viviendas tampoco posee cocina, por lo cual la cocción de los alimentos se hace a través de la realización de fuego en el suelo de tierra.

Otra de las características recuperadas en este estudio fue el nivel de escolaridad alcanzado por la diada parental. En ambos grupos, tanto varón como mujer en su mayoría han completado la escolaridad primaria, exceptuado por uno de los varones, padre de un niño enfermo quien no sabe leer ni escribir. El nivel educativo alcanzado permite un ingreso diferencial al campo laboral, siendo más dificultoso en quienes menos hayan avanzado en esta escala. Así también, quienes son analfabetos, tienen menos posibilidades de estimular y acompañar a sus hijas e hijos en su recorrido académico. En las mujeres, su escolaridad fue signada por su pronta maternidad².

En cuanto a los ingresos económicos, en las familias de los niños enfermos las entradas permanentes corresponden a planes sociales del Estado. Los varones que se encuentran empleados tienen trabajos inestables y las mujeres no realizan tareas que les impliquen ingresos económicos, aunque la inclusión en los planes sociales ha sido gestionada por ellas. En las familias de los niños sanos se da la situación inversa, la mayoría de los recursos económicos provienen del trabajo del varón y de la mujer, y los empleos de los varones son de mayor estabilidad. Las mujeres que trabajan fuera del hogar cuentan con familiares mujeres que cuidan de sus niños en su ausencia. Sin embargo, pese a la variedad de ingresos que conforman las economías domésticas de los grupos familiares analizados, estos no son suficientes para la reproducción de la cotidianidad.

Un hecho significativo fue la presencia de dos niñas en riesgo nutricional en las familias de los niños sanos, así como más de un niño con desnutrición en las familias de

² Se amplía posteriormente, analizando la presencia de los estereotipos de género tradicionales en la definición de la dinámica familiar.

los niños enfermos. Estas situaciones fueron leídas por este estudio como reflejo de la vulneración que generan las malas condiciones de vida en los grupos sociales. Los determinantes de la distribución diferencial de la enfermedad dentro de un grupo social igualmente expuesto motiva la realización de este estudio, que no pretende por ello ocultar que las verdaderas causas de la desnutrición se encuentran en las desiguales condiciones de existencia.

Género y procesos salud-enfermedad: los responsables del cuidado infantil

La configuración de la relación madre-hijo, la conformación de las familias, su estructura y dinámica, la naturalización de la violencia familiar y de otras situaciones que vulneran a la mujer son fenómenos atravesados por las construcciones culturales sobre las funciones, atribuciones y deberes de mujeres y varones.

El género es un constructo social basado en las convenciones culturales, actitudes y relaciones entre hombres y mujeres, es una categoría dinámica que se produce y reproduce a través de las acciones de las personas, varían de una sociedad a otra y a lo largo de la historia (Borrell & Artazcoz, 2008). Como también indica Menéndez (2006) analizando esta categoría en los procesos salud-enfermedad, los conceptos de género determinan un acceso y control diferenciado a los recursos materiales, culturales y simbólicos en las distintas sociedades. Nuestras sociedades se caracterizan por una innegable asimetría de los géneros y, como señala Aedo (2010), en una subordinación histórica de las mujeres y lo femenino producto de procesos de socialización diferenciados.

La perspectiva de género provee de herramientas teóricas, conceptuales y metodológicas para un análisis de la realidad social que permite observar la manera en que se estructuran los dualismos y jerarquías de género, y cómo estas construcciones y conceptualizaciones de género inciden en las formas de pensamiento y el lenguaje con

que se nombra y significa la realidad³.

En este estudio, la categoría Género permitió dar visibilidad a situaciones inequitativas presentes en los grupos familiares consultados que perjudican no solamente a la mujer sino a los procesos salud-enfermedad infantiles. En los hogares visitados, tanto en las familias de los niños con desnutrición como en las familias de los niños sanos, los estereotipos de género más tradicionales se encontraban fuertemente arraigados interviniendo, de formas complejas, sobre la dinámica familiar. El tipo de familias predominante, según la clasificación tradicional en nucleares y extensas, fueron las familias nucleares⁴. En las familias de los niños enfermos, dos de ellas han incorporado recientemente a miembros de la generación precedente, constituyéndose en extensas, pero no fue así durante el embarazo y primer tiempo de vida del niño. Las restantes, están constituidas por la díada parental y sus hijos. En las familias con niños sanos, tres son nucleares y dos son extensas. Las familias nucleares encontradas en ambos grupos, cuentan escasamente con otros adultos que acompañen la crianza de los niños, situación que sobrecarga de tareas y funciones a la mujer. Sus parejas asumen limitadamente funciones en el hogar, las cuales adoptan el carácter de "colaboración" en la enunciación de las mujeres, expresión que refleja la naturalización de esta división sexual del trabajo.

Otra de las situaciones observadas es la joven edad en que las mujeres han tenido a su primer hijo, todas alrededor de los 15 años, condición que implicó el abandono de la escolaridad. La temprana edad en que la maternidad despierta en ellas trunca sus posibilidades de acceder a niveles superiores de escolaridad, así como el ingreso a trabajos

³Sobre este tema, sólo por dar dos referencias dentro de la amplia bibliografía atinente, puede consultarse: Lamas (1986) o García y Freire (2000), entre otros.

⁴ La familia nuclear, de carácter patriarcal, se caracteriza por la separación espacial y económica de la parentela. Según Esteinou (2005) la industrialización contribuyó a su difusión entre estratos y clases sociales que presentaban otras formas organizativas hasta transformarla en la forma predominante de la sociedad moderna.

que requieran mayor calificación. Esta situación es común a ambos grupos.

También se observan, en momentos como el parto o el primer tiempo del bebé, la soledad en que algunas de ellas se encontraban. Marta, una mujer joven que tiene ocho hijos, cuyo niño menor tiene desnutrición, debe quedar internada luego del nacimiento de su hijo por una infección, pero los médicos le dan el alta ante la necesidad de atender a sus demás hijos e hijas: "Quedé unos días internada. Tuve una hemorragia pos parto. Me la dieron por los chicos míos"⁵ (al alta). Se evidencia la ausencia de apoyos en la crianza de sus niños que pudieran cuidarlos en su ausencia. Otra de las mujeres, cuyos dos hijos tienen desnutrición, en relación a las circunstancias del parto dice: "Me fui sola. Cuando nació recién llegó el padre."⁶ Durante el parto, una sola de las mujeres madres de uno de los niños enfermos fue acompañada por su compañero y en cuanto a los niños sanos, solamente dos de ellas tuvieron la compañía de su pareja en ese momento.

La necesaria dedicación exclusiva, continua disponibilidad y ocupación del cuidador hacia un niño recién nacido, favorecedoras de una óptima comunicación entre ambos, fue dificultosa. Ellas escasamente contaron con una red de apoyo que las sustituya en las tareas cotidianas, principalmente en la atención de los demás niños y niñas y en los quehaceres del hogar. Cuando el niño comienza a enfermar, los demás niños también sufren el menor tiempo disponible de su madre. En cuanto a las madres de los niños sanos, se observa un mayor acompañamiento de otros adultos en este primer tiempo. Maira manifiesta sobre su madre: "Cuando me voy a trabajar le dejo el nene a mi mamá." Así también, en relación a los controles de embarazo: "A veces iba con mi marido, con mi mamá y a veces sola. Gustavo (marido) presenció el embarazo"⁷. Otra de las madres de los niños sanos, Nancy, manifiesta: "Mi marido

no me dejaba hacer nada, yo recién empecé a trabajar después de tener a la nena, cuando estaba embarazada no trabajaba"⁸.

La convivencia, en varias familias, implica escenas de violencia directa o indirecta sobre la mujer y/o los niños. Violencia verbal y física y situaciones de vulnerabilidad como alcoholismo, adicciones a drogas y cárcel. Estas situaciones también se presentaron durante el embarazo de tres de las mujeres madres de niños enfermos y de una mujer cuya niña está sana. Recuperando las voces de las mujeres entrevistadas, recojo algunos recortes de las entrevistas. Romina, madre de una niña de dos años con desnutrición, relata: "Cuando vos sentís el apoyo es distinto. Tuvo problemas de drogas, de alcohol (su pareja). Los chicos se criaron en un ambiente de agresión. (en otro momento de la entrevista) Él tomaba. Se iba. Salía un viernes y volvía un lunes. Peor después de los tres años de juntados. Le gustaba la joda. (...) A veces lo salía a buscar. Pasaban días y no sabía nada. Lo pude sobrellevar. Mucha agresión verbal. Un día llegó a las manos."⁹ Maira: "Yo andaba mal con mi marido. Estaba detenido. Él antes estaba muy perdido en la droga."¹⁰

DISCUSIÓN

Todas las historias recogidas incluyen eventos dolorosos, angustiosos, vividos durante el embarazo o primer tiempo con el bebé que pueden haber dificultado la construcción de una óptima comunicación y vinculación con el niño recién llegado, creando un ambiente poco protector para la configuración del vínculo temprano. Las familias en estudio conforman un grupo social altamente vulnerable. Los recursos materiales y culturales de los que disponen las sitúan en condiciones muy precarias para hacer frente al embarazo, nacimiento y crecimiento de sus niños. La inclusión de las condiciones de vida permitió observar la similitud de situaciones de

⁵ Marta, primera entrevista (15/06/09)

⁶ Margarita, segunda entrevista (04/06/09)

⁷ Maira (2), primera entrevista (25/06/09)

⁸ Nancy, segunda entrevista (17/06/09)

⁹ Romina, primera entrevista (27/05/09)

¹⁰ Maira (1), segunda entrevista (10/06/09)

vulnerabilidad en familias con niños enfermos como en familias de niños sanos.

El análisis de las familias en función de la cantidad y generación de sus miembros permitió observar una mayor presencia de familias nucleares. Estudios consultados plantean que las familias nucleares o monoparentales en grupos sociales en malas condiciones de vida puede ser un factor de riesgo para los miembros más jóvenes. Así como atribuyen un carácter protector a las familias extensas (Marcó et al., 2006; Pelcastre Villafuente et al., 2006). En esta investigación, concordando con los estudios citados, las familias extensas parecen estar favoreciendo los procesos salud-enfermedad infantiles, al permitir una mayor disposición de recursos económicos, de apoyos a la mujer en la crianza de sus hijos y en la distribución de tareas al interior del hogar.

Otra situación observada que ha generado controversias en la bibliografía consultada es la asociación existente entre la edad de la madre y el posible daño del niño (muerte o enfermedad). Esto ha sido estudiado en diferentes países y verificado para la Argentina en un estudio donde se observa una clara asociación entre determinados grupos étnicos, el bajo peso al nacer y la mortalidad infantil (Ministerio de Salud y Acción Social, 1992). Sin embargo, otros estudios plantean que entre las mujeres de similar nivel socioeconómico, con igual acceso a una atención médica adecuada, las diferencias observadas en el estado de salud del neonato entre mujeres madres jóvenes y mayores, desaparecen (Robinovich, Pinero, Fennelly, & Beard, 1994).

Otros elementos que se utilizaron para caracterizar a las mujeres fueron el grado de escolaridad y el tipo de actividad económica. Junto a la edad de la mujer, estas características han tomado carácter explicativo de los procesos salud enfermedad infantiles en situación de pobreza. Sin embargo, a partir de un estudio etnográfico sobre desnutrición infantil realizado en áreas rurales de extrema pobreza en México (Pelcastre Villafuente et al., 2006) se ha generado una fuerte polémica

sobre este tema. Los autores indican que se han establecido correlaciones que pueden ser engañosas y que, las particularidades de la mujer, más que factor explicativo, son mediaciones o variables intervinientes que cobran peso específico según las características, tipo y dinámica del hogar, a la luz de las cuales deben ser interpretadas. Compartiendo la posición de este grupo de investigación, en este artículo se ubican las características de las mujeres analizadas a la luz de la categoría de género que permite visibilizar las relaciones de poder que asignan funciones, atributos y deberes a varones y mujeres. Se observa que, las mujeres madres de los niños enfermos no realizan tareas que impliquen ingresos económicos fuera del hogar, y la pronta edad en que son madres las limita en la consecución de niveles de escolaridad superiores. Cabe aclarar que las mujeres consultadas terminaron su educación primaria poco tiempo antes, o ya cursando el embarazo. Los ingresos económicos son insuficientes para la reproducción de la cotidianeidad, lo cual las limita en el consumo de alimentos, vestimenta, calzado y otros elementos como los necesarios para la asistencia escolar de sus hijas e hijos. Estas situaciones las asumen las mujeres siendo las principales responsables del cuidado y educación infantil.

A partir de la inclusión de la categoría de género en el análisis de la información recogida, se construyó la hipótesis de que los procesos salud-enfermedad infantiles se ven dificultados en situaciones de sostenimiento de la distribución desigual de funciones al interior del hogar dadas por la naturalización de deberes y atribuciones a los géneros culturalmente construidos. El informe elaborado por UNICEF para el año 2007 así también lo expresa al plantear que promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer permitirá obtener el doble dividendo de mejorar las vidas de las mujeres y de los niños (UNICEF, 2007).

La relación entre violencia en sus distintos tipos y el estado de salud infantil ha sido analizada ampliamente (Aguar Lourenço &

Ferreira Deslandes, 2008; Cattáneo, 2002; UNICEF, 2006). Se ha demostrado la mayor vulnerabilidad que una unidad doméstica presenta si convive cotidianamente con la violencia ejercida por uno de sus miembros. El estrés causado por la experiencia continua de violencia afectarían el embarazo y los cuidados maternos (Sánchez Jiménez, Hernández Trejo, & Lartigue Becerra, 2008). Según estos estudios, es posible que la violencia recibida haya interferido sobre la capacidad de la mujer de mantener su estado nutricional satisfactorio, su reposo y que haya disminuido su asistencia a los servicios de salud. Por otro lado, niñas y niños pueden ser víctimas directas del abuso físico y emocional, la violencia familiar generalmente se caracteriza por el uso excesivo y abusivo de las facultades disciplinarias y correctivas por parte de los adultos, en el que la víctima es totalmente objetivada, y sus derechos fundamentales, como la vida, libertad y seguridad, no son respetados.

La originalidad de esta investigación se encuentra en el intento de aunar las condiciones de existencia con las características que adoptan los procesos salud-enfermedad desde una perspectiva psicológica. En este camino, la perspectiva histórico-cultural es la más adecuada, comprendiendo dialécticamente las relaciones complejas entre individuo y sociedad, especialmente en el concepto de subjetividad. La concepción de subjetividad adoptada entiende un sujeto partícipe de los escenarios sociales que lo forman y transforman, que responde a su propia historia y a su condición única e irrepetible (Abuljanova, 1980 citado en Hernández, 2008). Los vínculos complejos que se organizan en la unidad familiar se inscriben en procesos sociales más amplios, que reflejan las lógicas sociales de segregación, distribución y consumo (entre otras), analizarlos ajenos a esta complejidad social implica disociarlos de los intereses y necesidades personales, de las intenciones e impulsos de los sujetos que piensan, sienten, desean, tienen expectativas y motivos. Implicaría separar las relaciones humanas de sus marcos

productores de sentido.

La población más vulnerada por las actuales condiciones de existencia en los grupos sociales con menores ingresos económicos son los niños. Intervenir sobre los ambientes para hacerlos más saludables (tanto en sus condiciones más concretas como la salubridad del agua o en las relaciones de poder en el interior del hogar) implica intervenciones saludables para los individuos, pero esta vez no desde un abordaje individual. Para poder respetar y garantizar los derechos de la infancia ciertas condiciones son necesarias, y buena parte de los derechos de segunda generación (como son al alimento, el vestido y la vivienda) son condiciones mínimas para resolver plenamente los problemas de la infancia.

REFERENCIAS

- Aedo, M. (2010). Género e investigación en salud. *Cienc. Enferm*, 16(3) 7-8.
- Aguilar Lourenço, M., & Ferreira Deslandes, S. (2008). Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. *Rev Saúde Pública*, 42(4), 615-21.
- Augsburger, C., Galende, S., Gerlero, S., & Moyano, C. (2006). Mortalidad infantil y condiciones de vida; la producción de información epidemiológica. *Kairós*, 18, 35-41.
- Barradas Barata, R. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev. Esp. Salud Pública*, 82(3), 241-249.
- Cattáneo, A. (2002) Alimentación, salud y pobreza: la intervención desde un programa contra la desnutrición. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 100(3), 222-232.
- Cecagno, S., Souza, M., & Jardim, V. (2004). Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1) 107-112.
- Esteinou, R. (2005). El surgimiento de la familia nuclear en México. *Revista de Estudios Novohispanos*, 31, 99-136.
- García, A., & Freire, M. (2000). A vueltas con la categoría género. *Papeles del Psicólogo*, 76, 35-39.
- Gómez Tabares, G., López López, M., Ochoa Marin, S., & Wilches Florez, O. (2007). Matriz de procesos críticos: Propuesta para estudiar condiciones de vida y salud. *Invest. educ. Enferm*, 25(1), 21-28.
- Hernández, O. (2008). La subjetividad desde la perspectiva histórico cultural: un tránsito desde el pensamiento dialéctico al pensamiento complejo. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 147-160.
- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría género. *Nueva Antropología*, 3(30), 173-198.
- Lane, S. (1999). Parte I: Os fundamentos teóricos. En S. Lane (Ed.), *Arqueologia das emoções*. Giora: Editora Vozes.
- Marcó, L., Lepratte, L., Foti, E., Contreras, L., Watters, C., Barbero, S., ...Brescasin, E. (2006). Observato-

- rio Epidemiológico de la Desnutrición. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 32, 253-277.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista Argentina de Sociología*, 4(7), 100-119.
- Meler, I., & Burin, M. (2001). *Informe de avance del proyecto de investigación Género, Familia y Trabajo*. Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Obtenido el 15/02/2011 de http://www.uces.edu.ar/departamentos/investigacion/archivos/primer_informe_avance_1.pdf
- Menéndez, E. (2006). Salud y género: aportes y problemas. *Salud Colectiva*, 2(1), 5-7.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. (1992). *Situación sanitaria de los menores de 1 año, serie 10*
- Moyano C., Augsburger C., Galende S., & Gerlero S. (2009). *Mortalidad infantil: Un estudio epidemiológico que indaga estructura y dinámica de la familia en la producción del evento*. Rosario, año 2007. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Pelcastre Villafuente, B., Riquer Fernández, F., León Reyes, V., De Reyes Morales, H., Gutiérrez Trujillo, G., & Bronfman, M. (2006). ¿Qué se hace para no morir de hambre? Dinámicas domésticas y alimentación en la niñez en un área rural de extrema pobreza de México. *Salud Pública de México*, 48(6), 490-497.
- Piovani, J. (2007). Otras formas de análisis. En Marradi, Archenti y Piovani (Ed.), *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- Robinovich, J., Pinero, D., Fennelly, K., Beard, J. (1994). Efectos de la edad materna en el estado de salud del neonato: evidencia chilena. *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, 59(4), 293-300.
- Sacchi, M. (1997). *Mortalidad infantil. Un nombre, un rostro, una familia*. Buenos Aires: UBA-FLACSO.
- Sánchez Jiménez, B., Hernández Trejo, M., & Lartigue Becerra, T. (2008). Violencia conyugal y depresión durante el embarazo. *Salud Pública de México*, 50, 353-354.
- Sandoval Priego, A., Reyes, M., Pérez, C., Abrego, B., & Orrico, T. (2002). Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de dos años. *Salud Pública de México*, 44, 41-49.
- Temporetti, F., Bertolano, L., Augsburger, C., & Enría, G. (2008). *Salud mental en la infancia. Estudio epidemiológico de la población 3-13 años en la ciudad de Rosario*. Ministerio de Salud de la Nación. Informe Final 2008.
- United Nation's Children Fund. (2006). Estado Mundial de la Infancia 2006: excluidos e invisibles. New York: Unicef. Obtenido de <http://www.unicef.org/spanish/sow06/>
- United Nation's Children Fund. (2007). Estado mundial de la Infancia 2007: La mujer y la infancia El doble dividendo de la igualdad de género. New York: Unicef. Obtenido de <http://www.unicef.org/spanish/sow07/>

BIBLIOGRAFÍA

- Sistema Municipal de epidemiología. (2003). *Situación Nutricional de escolares. Rosario Argentina. Análisis nutricional de escolares según peso para la talla*. Rosario: Unicef.